

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1913.

THÈSE

POUR LE

N°
411

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

RENÉ SAMSON

Lauréat de l'école de médecine de Rouen.

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

et de la Maternité de l'hôpital Saint-Louis.

Né à Pont-Audemer (Eure) le 26 Novembre 1881.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CANCER DE L'ESTOMAC CHEZ LES SUJETS JEUNES

(AU-DESSOUS DE 30 ANS)

Président : M. GILBERT, Professeur.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1913

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1913.

THÈSE

411

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

RENÉ SAMSON

Lauréat de l'école de médecine de Rouen.

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

et de la Maternité de l'hôpital Saint-Louis.

Né à Pont-Audemer (Eure) le 26 Novembre 1881.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DU

CANCER DE L'ESTOMAC CHEZ LES SUJETS JEUNES

(AU-DESSOUS DE 30 ANS)



Président : M. GILBERT, Professeur.

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

—
1913

FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	LANDOUZY.
Professeurs.....	MM.	
Anatomie.....		NICOLAS.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		WEISS.
Chimie organique et Chimie minérale.....		DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		ACHARD.
Pathologie médicale.....		WIDAL.
Pathologie chirurgicale.....		TEISSIER.
Anatomie pathologique.....		LEJARS.
Histologie.....		MARIE (Pierre).
Opérations et appareils.....		PRENANT.
Pharmacologie et Matière médicale.....		N....
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		MARFAN.
Médecine légale.....		CHANTEMESSE
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie.....		THOINOT.
Pathologie comparée et expérimentale.....		LETULLE.
		ROGER.
		CHAUFFARD.
Clinique médicale.....		GILBERT
		DEBOVE.
		LANDOUZY.
Clinique des maladies des enfants.....		HUTINEL.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		GAUCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..		BALLET (Gilbert).
Clinique des maladies nerveuses.....		DEJERINE.
		DELBET (Pierre).
Clinique chirurgicale.....		QUENU.
		RECLUS.
		HARTMANN.
Clinique ophtalmologique.....		DE LAPERSONNE.
Clinique des voies urinaires.....		LEGUEU.
		BAR.
Clinique d'accouchements.....		PINARD.
		RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique.....		POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.....		KIRMISSON.
Clinique thérapeutique.....		ROBIN.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
BALTHAZARD	DUVAL (Pierre).	LEQUEUX.	RATHERY.
BERNARD (Léon).	GOUGEROT.	LERI.	REITTERER.
BRANCA.	GREGOIRE.	LOEPER.	RICHAUD.
BRINDEAU.	GUENIOT.	MACAIGNE.	ROUSSY.
BROCA (André).	GUILLAIN.	MAILLARD.	ROUVIERE.
BRUMPT.	JEANNIN.	MORESTIN.	SCHWARTZ.
CAMUS.	JOUSSET.	MULON.	SICARD.
CARNOT.	LABBE (Marcel).	NICLOUX.	TERRIEN (F.).
CASTAIGNE.	LAIGNEL-LAVASTINE.	NOBECOURT	TIFFENEAU.
CHEVASSU.	LANGLOIS.	OKINCZYC.	ZIMMERN.
CLAUDE.	LECENE.	OMBREDANNE.	
COUVELAIRE.	LENORMANT.	PROUST.	

Le Secrétaire de la Faculté : DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ou improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A Monsieur le Professeur A. GILBERT

Professeur de Clinique médicale
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur.

*En témoignage de remerciement pour
l'honneur qu'il me fait en acceptant la
présidence de cette thèse.*

A MON MAITRE

M. LE DOCTEUR ALBERT MATHIEU

Médecin de l'hôpital Saint-Antoine

Chevalier de la Légion d'honneur.

Hommage reconnaissant

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE ROUEN

1902-1903. M. le Docteur HALIPRÉ.

M. le Docteur DÉVÉ.

1903-1904. M. le Docteur FRANÇOIS HUE.

M. le Docteur DEROCQUE.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

Externat

1905-1906. M. le Docteur CLAISSE, médecin de l'hôpital de la Pitié.

1906-1907. M. le Docteur BOURCY, médecin de l'hôpital Laënnec.

1907-1908. M. le Professeur agrégé NETTER, médecin de l'hôpital Trousseau.

1908-1909. M. le Docteur MOSNY, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

Internat

1909-1910. M. le Professeur agrégé AUVRAY, chirurgien de l'hôpital Broussais.

1910-1911. M. le Docteur CLAISSE, médecin de l'hôpital de la Pitié.

1911-1912. M. le Docteur MATHIEU, médecin de l'hôpital St-Antoine.

1912-1913. M. le Professeur agrégé DÉMELIN, accoucheur de l'hôpital Saint-Louis.

M. le Docteur LE GENDRE, médecin de l'hôpital Lariboisière.

A MM. les Docteurs J.-C. ROUX, LABOULAIS, MOUTIER.

INTRODUCTION ET HISTORIQUE

Le cancer en général et le cancer de l'estomac en particulier frappe rarement les individus jeunes. Ne sont guère atteints que les sujets ayant dépassé la quarantaine. Tous les auteurs classiques sont d'accord sur ce point et tous en font une maladie de l'âge mûr. Aussi le cancer de l'estomac chez les jeunes fût-il considéré pendant longtemps comme une rareté clinique. A peine en est-il fait mention dans les traités classiques ; bien plus, pour la plupart des auteurs, jeunesse et cancer sont incompatibles, et quand par ses allures suspectes une affection gastrique laisse dans l'esprit de l'observateur un doute entre le diagnostic d'ulcère ou de cancer, le jeune âge des sujets tranche la question en faveur de l'ulcère et fait rejeter l'hypothèse de néoplasme. Telle était l'opinion d'Andral, de Louis, de Valleix, de Gueneau de Mussy, de Trousseau. Dans son *Guide du Médecin praticien* publié de 1843 à 1847, Valleix, traitant de l'étiologie du cancer de l'estomac, écrit : « Il est très rare de l'observer avant l'âge de la puberté et après l'âge de soixante-dix ans. Dans les cas recueillis par Louis et par nous, l'âge moyen des sujets était de 58 ans. *Aucun n'avait moins de 25 ans.* On a cité quelques cas de cancer chez des individus beaucoup plus jeunes, mais ils

sont extrêmement rares et doivent être considérés comme tout à fait exceptionnels ». Plus loin, au chapitre diagnostic, le même auteur déclare que le « cancer peut être exclu presque à coup sûr chez des individus jeunes ». Partagée par tous, cette opinion est reproduite à peu près dans les mêmes termes dans le *Traité des maladies digestives* de Damaschino.

De temps à autre, cependant, on signale à titre documentaire et sans jamais s'y arrêter, quelques cas de cancer chez des jeunes gens. Déjà Andral avait relaté dans ses cliniques l'histoire d'une femme atteinte de néoplasie gastrique. Steiner et Neurutter, dans une statistique de 2,000 cas de maladies chez des enfants, n'ont pas rencontré un seul cas de maladie cancéreuse de l'estomac. Kaulich, en 1875, signale un cancer colloïde de l'estomac chez un enfant de 1 an 1/2. La même année, Landouzy présente à la Société anatomique un cancer de l'estomac ayant évolué chez un jeune homme de 17 ans, sous le masque d'une occlusion intestinale. Cullingworth, en 1877, publie une observation de sténose pylorique, d'origine néoplasique, vraisemblablement congénitale.

Au fur et à mesure que les moyens d'investigation se perfectionnent, l'attention des cliniciens est attirée par la relative fréquence avec laquelle le cancer de l'estomac se développe pendant la première période de la vie. Les examens histologiques d'une part, les interventions chirurgicales d'autre part font constater le néoplasme là où l'on osait à peine le soupçonner et avec la thèse de Marc Mathieu, soutenue à Lyon en 1884 sous l'inspiration du Professeur Bard, la forme juvénile du cancer de l'estomac prend droit de cité dans la littérature médi-

cale. S'appuyant sur 31 observations, l'auteur assigne comme caractères principaux du cancer précoce de l'estomac : la rapidité d'évolution — l'absence d'anorexie et de cachexie, — l'absence de teinte jaune paille, — la rareté des hématémèses.

La thèse de Marc Mathieu fait époque et les auteurs des traités généraux ou spéciaux reproduisent par la suite ses conclusions. Après 1884 de nouvelles observations sont cependant publiées tant en France qu'à l'étranger. Mais il faut aller jusqu'en 1900 pour trouver dans le livre qu'Osler et Mc Cræ publient à Londres, un travail d'ensemble sur la question. Ces auteurs ne retiennent des conclusions de Mathieu que la rapidité d'évolution. En 1904 paraissait à Berne la thèse de Gander ; en 1907 celle de Essard à Lyon. Gander et Essard discutent les affirmations de Marc Mathieu, sont frappés des nombreux traits d'union qui unissent l'un à l'autre le cancer des jeunes et le cancer de l'adulte ; Essard apporte en outre une intéressante observation de lymphangite pulmonaire cancéreuse secondaire à un cancer de l'estomac chez une femme de 22 ans. Vers la même époque, Huch (thèse de Heidelberg) réunit dans une étude comparative le cancer proprement dit et le sarcome gastrique dans les 25 premières années de la vie. La dernière monographie que nous ayons trouvée sur le sujet est la thèse de Zurmeyer (1911), courte discussion sur l'ulcéro-cancer.

Nous avons eu l'occasion, pendant notre année d'internat dans le service de M. Albert Mathieu à l'hôpital Saint-Antoine, d'observer 4 cas et de réunir 12 observations de cancer gastrique chez des sujets au-dessous de

30 ans. Ce sont ces observations que, sur les conseils de notre maître, nous avons utilisées pour ce travail ; c'est en les analysant comparativement avec celles qui ont été antérieurement publiées que nous nous proposons d'étudier le cancer précoce de l'estomac. Après avoir passé rapidement en revue les données étiologiques générales, la fréquence comparative du cancer avant et après 30 ans, nous chercherons s'il existe chez le jeune des particularités anatomiques.

Nous analyserons ensuite les différents symptômes que présente la maladie et nous nous efforcerons de les grouper, de les synthétiser pour dresser le tableau clinique de ce qui nous paraît être, d'après les faits publiés, la forme commune du cancer juvénile.

Trois formes cliniques, ulcéro-cancer, forme anémique et forme à généralisation lymphatique feront l'objet de notre quatrième chapitre.

Nous terminerons par quelques considérations diagnostiques, laissant de côté le traitement qui comporte les mêmes indications générales que le traitement du cancer de l'adulte.

CHAPITRE PREMIER

ÉTIOLOGIE GÉNÉRALE

Hérédité. — Il semble *a priori* que l'hérédité doive jouer son rôle dans la pathogénie du cancer d'estomac chez le jeune comme chez l'adulte. Malheureusement, il n'est pas toujours facile de connaître les antécédents familiaux des malades et la notion d'hérédité manque dans beaucoup d'observations. Il n'en est pas fait mention dans la thèse de Marc Mathieu et sur 71 observations Essard ne trouve que deux fois le cancer chez les ascendants de ses malades. Dans les cas que nous publions, nous ne relevons qu'une fois l'hérédité cancéreuse (néoplasme utérin de la mère).

Sexe. — Les hommes sont plus atteints que les femmes. Sur 27 observations nous trouvons en effet 17 hommes et 10 femmes. Cette proportion est à peu près la même que celle qu'on trouve chez l'adulte.

Passé pathologique. — Le passé pathologique des malades est en général peu chargé et ne saurait d'ailleurs l'être puisqu'il s'agit d'individus jeunes. Notons cependant que chez beaucoup de sujets existent des habi-

tudes alcooliques, donnant lieu à des accidents de dyspepsie et de gastrite, au milieu desquels il est parfois difficile de saisir l'apparition du cancer. Peut-être est-ce là une des raisons qui expliquent la plus grande fréquence chez l'homme. En tous cas, rien n'empêche de supposer que l'irritation longtemps prolongée de la muqueuse gastrique est un point d'appel pour la néoplasie, d'autant plus que les cas auxquels nous faisons allusion ont une durée relativement longue (trois, quatre ans et plus) et reproduisent assez souvent le syndrome de l'ulcéro-cancer. C'est à dessein que nous passons sous silence ici les douleurs abdominales et particulièrement pelviennes, révélatrices d'une métastase ovarienne dont la manifestation clinique peut précéder l'apparition des premiers symptômes digestifs, car nous nous proposons d'y revenir en étudiant les généralisations du cancer de l'estomac chez les jeunes.

Age. — Les statistiques établies à diverses époques, montrent avec quelle disproportion s'observe le cancer gastrique aux différents âges de la vie. Alors que toutes sont unanimes à fixer le maximum de fréquence entre 50 et 60 ans et que dans toutes, le nombre des cas diminue déjà entre 40 et 50 ans, c'est surtout au-dessous de 40 ans que s'accuse la différence. Ainsi, dans le relevé de Borst dont nous reproduisons plus loin la première partie, on ne compte que 21 cas entre 30 et 40 ans, contre 49 entre 41 et 50 ans et 70 de 51 à 60 ans. L'écart n'est pas moins sensible dans les autres statistiques ; il est d'autant plus grand que l'on se rapproche plus de la trentième année ; François Moutier a bien

voulu nous communiquer un relevé portant sur 536 cas observés en 11 ans (1900-1911) dans le service de M. Albert Mathieu. Nous n'y trouvons que 29 cancers chez des sujets de moins de 35 ans, soit une proportion de 5,4 %. Si l'on ne prend plus que 30 ans pour limite, le pourcentage tombe à 2 %, nettement inférieur à celui d'Osler et Mc Crœ (4 %, 6 cas sur 150), mais très voisin de celui de Welch (2,8 % sur 2,038 cas) et de ceux réunis de Kohler (319). Ott (444), Reichert (70), Canstatt (70), Hahn (166), soit un total de 1,069 cas sur lesquels le cancer au-dessous de 30 ans représente 2,3 %.

La fréquence par décades d'années varie avec les auteurs : sur les 6 cas d'Osler et Mc Crœ, pas un n'est au-dessous de 20 ans ; les malades ont respectivement 22, 24, 25, 26 et 28 ans.

Glaser (statistique de l'institut pathologique d'Erlanger) trouve sur 529 cas, 17 cas au-dessous de 30 ans, ainsi répartis :

De 1 à 20 ans	1 cas.
De 20 à 30 ans	16

Des 3 malades de Borst (3 sur 125) l'un est entre 10 et 20 ans, les deux autres entre 20 et 30.

Enfin la statistique de l'hospice général de Vienne (14 cas sur 455) donne les chiffres suivants :

Avant 25 ans	1 cas.
De 26 à 30 ans	13 cas.

Nous arrivons à une répartition à peu près semblable. Sur nos 27 cas :

3 sont entre 10 et 20 ans.

24 sont entre 20 et 30 ans (5 seulement entre 20 et 25 ans).

Comme on le voit par ces divers tableaux statistiques, le cancer de l'estomac, rare avant 25 ans devient un peu plus fréquent entre 25 et 30 ans, mais c'est surtout entre 30 et 35 ans que se produit une augmentation notable du nombre des cas et dans cette période la transition se fait brusquement du cancer des jeunes au cancer de l'adulte. C'est pour cette raison que nous avons choisi 30 ans pour limite ; deux de nos observations enregistrent un âge de 31 ans ; mais dans les deux cas les malades ne furent examinés que peu de temps avant la mort et les premiers symptômes remontaient à 18 mois ou 2 ans.

Avant d'aborder l'étude clinique, il nous a paru intéressant de comparer la fréquence du cancer de l'estomac à celle des autres cancers digestifs chez les jeunes gens et nous nous sommes inspiré pour cela du travail de Bernoulli (1907). Sur un ensemble de 50 faits, la localisation du néoplasme se distribuait de la façon suivante : 13 fois elle intéressait l'estomac (et plus particulièrement le pylore dans 5 cas) 3 fois l'intestin grêle, 5 fois le colon, 8 fois l'S iliaque et 21 fois le rectum. L'estomac occupe donc la seconde place dans le tractus digestif au point de vue de la localisation et de la fréquence du cancer.

CHAPITRE II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le pylore ou la région pylorique est le *siège* de prédilection du cancer d'estomac. 21 fois sur 27 c'est en ce point que nous trouvons la tumeur et dans 4 cas la petite courbure est envahie en même temps que la région pylorique ; dans 3 autres cas le néoplasme s'est développé sur la petite courbure sans intéresser le pylore. Les autres localisations sont beaucoup plus rares ; nous ne possédons qu'un exemple de cancer du cardia et un autre de cancer du grand cul-de-sac. Dans un cas enfin l'autopsie montre un cancer généralisé à toutes les parois de l'estomac.

Dans nos cas, par conséquent, la répartition anatomique du cancer est identique à ce qu'elle est chez l'adulte et le pylore est le siège du cancer dans une moyenne de 75 à 77 %.

Rien de particulier à signaler dans l'*aspect macroscopique* ; les deux formes classiques de tumeur et d'infiltration se rencontrent avec la même fréquence que dans le cancer d'estomac en général.

Histologiquement, les variétés typiques et atypiques

d'épithélioma s'observent indifféremment, mais nous avons été frappé de la *tendance à la dégénérescence colloïde*. Des examens microscopiques ont été faits dans 16 compte-rendus suffisamment détaillés. Nous n'y voyons que 2 cancers squirreux contre 8 cancers colloïdes. La dégénérescence colloïde n'intéresse que la périphérie ou au contraire une très grande étendue de la masse cancéreuse (c'est cette dernière éventualité qui dans nos cas, s'observe le plus souvent). Elle était notamment considérable dans les 2 observations qui se sont accompagnées d'une généralisation lymphatique, forme assez particulière au jeune âge.

La dégénérescence colloïde, il est vrai, n'est pas rare dans les épithéliomas du tube digestif et Ménétrier, dans sa statistique personnelle considère qu'on l'observe dans un peu plus d'un cinquième des cas de cancers gastriques. Or, nous la trouvons ici 8 fois sur 16, soit dans une proportion de 50 %. Il est évident que le nombre de nos observations n'est pas assez grand pour que l'on puisse absolument tabler sur les chiffres que nous indiquons, mais il semble difficile de ne pas admettre, même en réduisant notre pourcentage, que le cancer colloïde est une des variétés histologiques fréquentes du cancer précoce ; les faits sur lesquels nous nous appuyons sont d'ailleurs de sources et de dates différentes et la dégénérescence colloïde est mentionnée aussi bien dans nos cas personnels que dans ceux que nous empruntons à la littérature médicale.

Signalons en outre que dans l'observation de La Mouche (obs. X) il s'agit d'un adénome polypeux pédiculé avec intégrité de la muscralis mucosæ. Le cancer, anato-

miquement n'est pas en cause et cependant la maladie a évolué avec les allures cliniques habituelles des tumeurs malignes, amenant la mort en 6 mois à peine. N'est-on pas autorisé à se demander si une coupe passant par une autre partie de la pièce n'eût point montré des altérations plus caractéristiques ?

Les particularités anatomiques sur lesquelles nous venons de nous arrêter, ne semblent, en aucun cas, donner au cancer un cachet clinique spécial. Elles n'influent ni sur sa symptomatologie ni sur son évolution et les formes colloïdes ne font pas exception à la règle générale.

Il n'en est pas de même de la *généralisation* qui est précoce et variée chez le jeune et qui s'observe aussi bien dans les formes rapides que dans les formes lentes. Malheureusement, l'histoire clinique des malades n'est pas complète dans tous les cas, un certain nombre ont été perdus de vue et il ne nous est pas possible de connaître exactement la proportion des lésions de généralisation. Mais tout porte à croire qu'elle doit être élevée car nous la rencontrons dans 18 cas où les malades ont été régulièrement suivis.

Peu d'organes sont respectés ; la part la plus importante revient au *foie* et au *péritoine* qui sont envahis dans 9 observations. Les lésions y ont l'aspect classique des noyaux secondaires dans le foie, aspect marronné avec confluence plus ou moins grande des noyaux, des granulations cancéreuses sur le feuillet viscéral du péritoine, sur les épiploons et les mésos, au niveau du cul-de-sac de Douglas et de la face abdominale du diaphragme. L'importance de ces localisations anatomiques

a pour corollaire des manifestations cliniques que nous étudierons dans le chapitre suivant.

Avec une fréquence presque égale, les *ganglions abdominaux* sont le siège de métastases. Ceux de la petite courbure et du groupe rétro-pylorique sont naturellement les plus atteints, et il n'est guère d'autopsie où leur hypertrophie ne soit notée. Si dans l'échelle des généralisations, nous les plaçons en seconde ligne, c'est que nous avons moins en vue l'envahissement des ganglions juxta-gastriques, normal en quelque sorte dans le cancer d'estomac, que l'envahissement des autres groupes abdominaux, groupe lombo-aortique ganglions sus-pancréatiques, ganglions du hile hépatique, et du petit épiploon, ganglions mésentériques. Dans chaque groupe, les éléments pris isolément, acquièrent parfois un volume énorme, et l'on peut toujours, dans une masse donnée, reconnaître la forte saillie que fait à la surface chacun des ganglions. Mais l'invasion néoplasique est telle que rapidement se forme une gangue cancéreuse aux dépens des lymphatiques et du tissu cellulaire qui séparent les ganglions les uns des autres ; une véritable fusion s'opère alors et le tout ne forme plus qu'une masse plus ou moins ramollie à son centre, et dont les dimensions peuvent dépasser celles d'une tête d'enfant. On jugera du développement considérable des métastases ganglionnaires chez les jeunes en lisant quelques-unes de nos observations. Dans l'obs. V, on put sentir pendant la vie les ganglions de la petite courbure, et les masses pancréatiques pesaient 330 gr. Le poids des ganglions mésentériques, réunis en un seul paquet, était de 410 gr. dans l'obs. XXIII. L'estomac, le duodénum et les gan-

glions mésentériques (sans l'intestin), atteignaient dans l'obs. XVII le poids énorme de 1750 gr.

De ces relais abdominaux, la généralisation gagne les *ganglions intra-thoraciques* d'une part, les *ganglions externes et superficiels* d'autre part ; et nous aurons à décrire plus loin une véritable généralisation lymphatique.

Le *pancréas* est nettement cancérisé dans quatre de nos cas ; nous venons de voir combien fréquemment sont envahis les groupes ganglionnaires péripancréatiques, alors même que le pancréas n'est que peu ou à peine touché pour son propre compte. Par suite, les filets du plexus solaire, ceux notamment qui entourent les branches du tronc cœliaque sont enserrés dans une épaisse gangue cancéreuse, et il est probable que c'est là qu'il faut chercher l'explication des douleurs intenses dont se plaignent la plupart des malades.

Des *métastases intestinales* sont trois fois signalées. L'une (obs. XVI) détermine une sténose complète du *jejunum*, immédiatement au-dessous de la bouche de gastro-entérostomie. Dans les jours qui ont précédé la mort, cette sténose a occasionné des vomissements incoercibles à odeur fécaloïde, et le diagnostic clinique, étant donné le siège de la lésion, ne put être que celui d'envahissement secondaire de la bouche de gastro-entérostomie. Ce fait est intéressant au point de vue anatomique, car la muqueuse était presque complètement respectée ; l'infiltration épithéliomateuse semble avoir eu son point de départ dans la sous-séreuse, ayant emprunté par conséquent la voie lymphatique, suivant le mode décrit par Bensaude. Chez le même sujet existait

en outre un envahissement non sténosant de la *tunique externe du colon* qui ressortit évidemment à la même pathogénie. Dans un autre cas (obs. II), une sténose secondaire du *colon transverse* a eu pour conséquence clinique un syndrome d'occlusion intestinale. La troisième observation (obs. I), signale des nodules carcinomateux sur le *cæcum* et une sténose incomplète de la *première portion du colon*, en même temps qu'une infiltration du *méso-rectum*.

Nous venons de passer en revue les métastases les plus communément observées (foie, péritoine, système ganglionnaire, pancréas et intestin). Beaucoup plus rarement sont envahis le rein, les capsules surrénales, le cœur (obs. XVII), la rate (obs. VI), les masses musculaires (obs. VI et XVII), la peau (obs. XVII et XXIII), le sein (obs. XXIII).

Entre ces deux groupes de généralisations, les unes fréquentes, les autres rares, se place un groupe intermédiaire représenté par les *métastases osseuses* dans les formes anémiques (obs. XXV, XXVI et XXVII) et par les *métastases ovariennes*. Ces dernières ne figurent que dans deux de nos observations (VI et XI); mais elles seraient loin d'être rares, si nous nous en rapportons aux faits signalés dans la thèse de notre collègue et ami Metzger, qui, sur 283 cas de métastases ovariques secondaires à des cancers digestifs (dont 223 secondaires à des cancers gastriques), rapporte 28 observations chez des femmes de moins de 30 ans, soit la proportion respectable de 12,5 %. Pour n'y point revenir plus loin, nous dirons dès maintenant que ces métastases se développent en général d'une façon fort insidieuse, et que le dia-

gnostic clinique en est rarement fait, d'une part parce qu'elles donnent lieu à peu de signes locaux, et que, d'autre part, elles accompagnent souvent les formes latentes ou frustes du cancer d'estomac.

CHAPITRE III

SYMPTOMATOLOGIE GÉNÉRALE. — FORME COMMUNE

Pour étudier la symptomatologie du cancer chez le jeune, nous avons fait une analyse aussi minutieuse que possible de nos observations et des observations jusqu'alors publiées. Bien que l'affection soit susceptible d'un polymorphisme important, il nous a paru que dans la majorité des cas elle évoluait suivant un type bien défini, rappelant d'assez près la symptomatologie du cancer chez l'adulte. Les nombreux faits connus depuis la thèse de Marc Mathieu, ne permettent plus d'accepter sans réserve la plupart des signes qu'il considérait comme caractéristiques, et dans la clinique, les cas sont nombreux où grâce à sa sémiologie classique, le cancer est diagnostiqué pendant la vie. Le mode de début mis à part, nous nous proposons d'analyser symptôme par symptôme, la physionomie clinique du cancer juvénile. Chacun des symptômes sera considéré en lui-même, abstraction faite de son moment d'apparition au cours de la maladie, abstraction faite des connexions qu'il peut présenter avec les autres symptômes. Chacun sera envisagé comme une entité propre, et ce n'est qu'après cette

étude que nous essayerons de voir comment les différents symptômes se combinent chez un même sujet pour constituer la forme commune. Adoptant la division d'Albert Mathieu dans son volume *Ulcus et Cancer*, nous envisagerons successivement dans l'ordre suivant les signes cardinaux du cancer de l'estomac.

1° *Phénomènes généraux*. — Amaigrissement et anémie.

2° *Phénomènes dyspeptiques*. — Anorexie, douleur, vomissement, hématomèse.

3° *Symptômes locaux*. — Tumeur, déformation gastrique.

4° *Chimisme gastrique*.

Il resterait à traiter de l'examen radiologique, mais nous pensons que les renseignements fournis par les rayons de Röntgen trouveront plus naturellement leur place au chapitre Diagnostic.

I. — Mode de début.

C'est d'ordinaire insidieusement que la maladie s'installe. Dans quelques cas cependant, le début peut être précisé avec exactitude. Tel malade, jusque-là bien portant, est pris *brusquement* de troubles gastriques parmi lesquels la douleur et les vomissements tiennent le premier rang. Il est rare alors qu'il s'agisse de troubles légers. La douleur est d'ordinaire intense et d'horaire assez fixe ; c'est en effet après le repas qu'elle se manifeste, tantôt 1/4 d'heure, 1/2 heure, tantôt, et c'est le cas le plus habituel, 1 heure 1/2 ou 2 heures après l'ingestion des

aliments. Il semble qu'on ne rencontre qu'exceptionnellement dans cette phase de début, l'horaire franchement tardif si caractéristique de l'ulcus juxta-pylorique. Presque toujours alimentaires ou bilieux, les vomissements du début calment souvent la douleur. — L'anorexie peut exister (mais le fait est rare) dans cette forme à début brusque ; dans les cas où elle est signalée, un doute subsiste sur sa nature, car presque jamais il n'est parlé d'anorexie élective et l'on est en droit de se demander si les malades ne restreignent pas simplement leur alimentation par crainte de la douleur.

Si nous avons insisté aussi longuement sur la brutalité du début, c'est qu'elle nous a paru beaucoup plus rare chez l'adulte que chez le jeune. Osler et Mc Crœ en ont été frappés comme nous et ils signalent le fait dans quatre de leurs observations. Le début brusque constitue-t-il un des caractères principaux du cancer précoce ? C'est possible, mais nous n'oserions l'affirmer car il ne répond pas à la majorité des cas.

Plus souvent, en effet, il est malaisé, au cours des phénomènes dyspeptiques que racontent les malades, de saisir le moment précis où le cancer a fait son apparition. Une phase précancéreuse de deux ou même trois ans est notée dans beaucoup d'observations. Rien de bien spécial à relever pendant cette période initiale ; les sujets maigrissent sans que l'amaigrissement soit de nature à les inquiéter ; ils accusent, avec parfois une légère diminution de l'appétit, une vague pesanteur après les repas, quelques tiraillements épigastriques, quelquefois des vomissements, mais chez aucun n'existe à cette époque le moindre signe qui permette de songer à

la possibilité d'un cancer ; l'état général ne périlite pas et beaucoup d'ailleurs, ayant malgré leur jeune âge, des habitudes éthyliques ou une mauvaise hygiène alimentaire, il semble naturel de penser que l'on est en présence d'une gastropathie banale. Puis un moment vient où les phénomènes gastriques s'exagèrent, où l'état général baisse rapidement et c'est alors qu'ils entrent à l'hôpital ; la maladie déjà est à sa période d'état.

II. — Période d'état.

§ 1. — **Phénomènes généraux.** — « Ce sont les phénomènes généraux qui, chez l'adulte, attirent presque toujours l'attention, eux qui permettent de reconnaître ou du moins de soupçonner le cancer. » (A. Mathieu).

Amaigrissement et anémie progressive. — L'amaigrissement a été considéré par Marc Mathieu comme un symptôme précoce et à peu près constant. « Nos malades cependant, ajoute-t-il, ne paraissent pas arrivés à ce degré d'émaciation que l'on constate chez les vieux cancéreux. » Le même fait est noté dans presque toutes les publications que nous avons consultées. A l'exception du malade de La Mouche qui n'avait pas maigri quatre mois après le début de sa maladie, les chiffres de 5 à 10 kilog. en trois ou quatre mois sont fréquemment cités. Cet amaigrissement précoce est évidemment fonction de l'importance des troubles digestifs et sa constatation marche de pair avec celle de l'anorexie ou mieux de la restriction alimentaire.

A l'amaigrissement s'associent la perte des forces et

l'asthénie plus ou moins marquée. Pendant longtemps, les individus jeunes gardent ou peuvent garder un état général satisfaisant ; ils maigrissent mais nombre d'entre eux peuvent encore s'occuper de leurs affaires jusqu'à ce qu'à l'occasion d'un épisode aigu, douleurs et vomissements souvent, ils viennent consulter. Presque tous les observateurs sont alors frappés de leur aspect : la malade d'Hutchinson (20 ans), qui mourut au bout de six mois, était dans les derniers jours « amaigrie jusqu'au squelette », celle de Reinbrecht « complètement apathique, atteignait le dernier degré de l'épuisement ». Le jeune homme de 22 ans, dont Andral raconte l'histoire dans ses cliniques, était dans un état de « marasme effrayant » quand il entra à l'hôpital. Albertino Pietro signale chez son malade un « état de nutrition très précaire, les téguments sont pâles, le visage très émacié, la peau se soulève en plis larges et durables, les masses musculaires sont flasques et très réduites de volume. »

La marche de l'asthénie et de la cachexie paraît progressive ; susceptible parfois d'une rémission passagère à l'occasion d'une intervention chirurgicale (gastro-entérostomie ou pylorotomie), elle est d'autant plus marquée que la mort est plus proche. Il ne nous a pas paru que les phénomènes cachectiques soient plus intenses dans les formes à évolution suraiguë ; tout dans ces formes se précipite ; la maladie brûle pour ainsi dire ses étapes ; comme les autres symptômes, la cachexie apparaît et évolue rapidement ; elle frappe peut-être plus parce qu'on en peut suivre les progrès jour par jour ; mais rien ne la distingue en dernière analyse, de celle que l'on observe dans les autres formes. Notons d'ailleurs

que dans les formes lentes elle peut n'apparaître que comme un symptôme terminal ; elle marche alors avec une extrême rapidité. On conçoit que les localisations pyloriques ou juxta-pyloriques de la tumeur avec les phénomènes de stase et de sténose qui en sont la conséquence, accentuent d'une façon importante la dénutrition des malades.

Mentionnons sans nous y arrêter les *manifestations parachectiques* que l'on observe chez les jeunes au même titre que chez les adultes. Les *œdèmes* des pieds, voire l'anasarque, sont notés dans plusieurs observations. Reinbrecht, dans le cas qu'il publie, remarque un œdème relativement précoce apparu trois mois à peine après le début. Chez deux autres malades dont Czerny et Hutchinson rapportent l'histoire, nous avons relevé l'apparition de *purpura* aux phases ultimes. Le purpura était même assez important dans le cas de Czerny, pour que l'auteur intitule son observation : Carcinome sténosant du pylore. Diathèse hémorragipare.

La *teinte jaune paille* n'existe qu'à titre exceptionnel. Par contre, la pâleur, la décoloration des muqueuses appartiennent à presque toutes les descriptions. Nous les verrons surtout accusée dans les formes anémiques.

§ 2. — **Phénomènes dyspeptiques.** — Anorexie. — Sur 17 cas, nous avons trouvé l'appétit conservé trois fois ; cinq de nos observations sont muettes sur l'état de l'appétit ; il est par suite très vraisemblable qu'il n'y eut pas d'anorexie dans ces cas, car c'est un trouble que remarquent d'eux-mêmes les malades et sur lequel ils insistent volontiers.

Dans l'obs. XI, l'appétit ne disparut qu'à la période tout à fait terminale, cinq mois après une gastro-entérostomie, quand la malade revint mourir dans le service avec tous les signes d'une généralisation abdominale. Dans cinq autres cas, l'anorexie est mentionnée ; il s'agit là d'une anorexie banale s'associant une fois à la restriction alimentaire.

Deux malades seulement (obs. VIII et XIV) présentèrent une anorexie élective typique. Chez l'un d'eux (obs. VIII), l'anorexie fut même le premier symptôme et très rapidement elle devint, dit l'auteur, un véritable dégoût pour le lait et les œufs dont on constituait le régime du malade.

L'anorexie et plus rarement l'anorexie élective, se peuvent donc observer au cours du cancer d'estomac chez les jeunes. Ces deux symptômes peuvent exister à titre de symptômes précoces, comme nous venons de le voir et comme Essard l'a noté 15 fois sur 18. Mais, par contre, l'appétit est conservé dans un certain nombre de cas. On ne saurait donc tirer une conclusion ferme de leur présence ou de leur absence ; et Marc Mathieu est allé un peu loin en faisant de l'absence d'anorexie un des signes habituels du cancer précoce. Tout au plus, peut-on dire, à notre avis, que l'anorexie élective y est plus rare que dans le cancer de l'adulte.

Restriction alimentaire. — Bien que n'ayant pas d'anorexie à proprement parler, quatre de nos malades ne mangeaient pas, ils restreignaient volontairement leur alimentation pour éviter soit les douleurs, soit les vomissements (obs. IV, V, VII et X). L'un d'eux est même

très explicite sur ce point et il déclare qu'il aurait bon appétit s'il ne redoutait sa douleur (obs. VII).

La restriction alimentaire, fait banal chez les dyspeptiques, nous paraît, somme toute, assez fréquente chez le jeune au cours du cancer de l'estomac, puisque nous la rencontrons 4 fois sur un total de 27 observations. Peut-être ne faut-il pas s'en étonner, car le cancer, à l'encontre de ce qui se passe chez l'adulte, n'évolue que rarement d'une façon tout à fait insidieuse et il revêt souvent une forme douloureuse.

Douleurs. — La douleur, en effet, est un des éléments constitutants du tableau clinique. Tous les malades dont nous connaissons l'histoire, à deux ou trois exceptions près, ont souffert et ont souffert beaucoup. L'anorexie peut n'apparaître que tardivement ou même manquer complètement, la douleur ne manque pour ainsi dire jamais. C'est un symptôme constant et qui plus est un symptôme précoce. Nous avons montré qu'elle appartenait aux formes à début brusque, et que dans les formes à évolution plus torpide, c'est parce qu'ils souffrent que les malades viennent consulter. Nous la retrouvons à peine modifiée à la période d'état.

C'est avant tout une douleur à *siège* épigastrique, susceptible parfois de se manifester également au niveau de l'hypochondre gauche (obs. III). L'*irradiation* dans le dos, entre les deux épaules ou dans les deux côtés du thorax, existe souvent. A côté de ce siège classique et de ces irradiations normales de toute douleur gastrique, signalons deux autres localisations : l'*abdomen* sous forme de coliques abdominales sèches comme chez la

malade de Poncet dont l'observation est rapportée dans la thèse de Leriche, et la *région lombaire* comme dans nos observations V et XXII.

D'*intensité* variable, la douleur se manifeste tantôt sous forme de gêne, de pesanteur, de crampes, de brûlure légère, tantôt beaucoup plus forte, elle est comparée par les malades à un arrachement, à une striction, à une brûlure violente à se tordre (Obs. V) à rester couchée (Obs. IV). Cette dernière variété est celle que l'on observe dans la majorité des cas. Si les douleurs atténuées et les pesanteurs appartiennent aux premières phases de la maladie (exception doit être faite pour les cas qui ont un début brusque) les douleurs exagèrent leur intensité à la période d'état et deviennent avec les vomissements un des symptômes dominants. C'est là un fait qui mérite de nous arrêter, car il n'en va pas ainsi chez l'adulte où le cancer évolue d'ordinaire avec un minimum de douleurs. Dans nos observations, au contraire (sauf l'obs. VIII où le malade semble n'avoir pas souffert, et l'obs. V où les douleurs n'existèrent qu'au début), nous relevons des douleurs *souvent intenses*. Andral avait déjà insisté sur l'importance des manifestations douloureuses chez les jeunes, et la majeure partie des cas publiés par Gander et par Essard permettent d'arriver à la même conclusion. Telle n'était pas l'opinion de Marc Mathieu qui estimait que « ce symptôme était plus tardif et moins prononcé chez les jeunes sujets que chez les cancéreux d'un âge plus avancé ». Nous pensons qu'à l'heure actuelle, étant donné le nombre plus grand d'observations publiées, cette affirmation est pour le moins trop absolue.

Horaire. — Les repas influent nettement sur la production de la douleur. Seule la malade de notre obs. XI souffrait le matin à jeun. C'est d'ordinaire un temps variable, après l'ingestion des aliments que la douleur s'installe. Exceptionnellement très précoce, elle se montre le plus généralement de 2 à 4 heures après le repas. Quoi qu'il en soit, que la douleur commence tôt ou tard, elle augmente progressivement d'intensité et atteint son maximum vers l'acmé de la période digestive. Rarement nocturne (nous n'en avons qu'un cas obs. IV), elle est surtout forte dans le courant de l'après-midi.

Souvent, il n'est pas possible de trouver la cause immédiate qui la déclanche. Elle apparaît spontanément et se peut calmer de même. Mais il n'en va pas toujours ainsi et tantôt un essai d'alimentation, une gorgée de liquide (lait ou même du vin) soulagent momentanément les malades; tantôt, au contraire, l'alimentation n'exerce aucune influence favorable; elle augmente même ou provoque la crise dans l'obs. III.

Le décubitus dorsal (obs. IV, VII et III), les compresses chaudes (obs. XI), la pression profonde (obs. XII) sont tour à tour employés par les malades pour obtenir un soulagement.

D'une façon plus constante, la douleur prend fin par un vomissement. L'évacuation même incomplète de l'estomac calme les malades, qu'ils aient ou non de la sténose pylorique. Le fait est constaté dans 8 de nos observations et le vomissement apporte un tel soulagement que plusieurs malades ont pris l'habitude de se faire vomir.

Il est difficile d'évaluer exactement la *durée* de la

douleur car elle n'est pas notée dans toutes les observations et l'on conçoit qu'elle varie essentiellement suivant les cas et suivant les réactions nerveuses plus ou moins fortes des malades. La période de début peut néanmoins fournir des renseignements précis ; la durée moyenne est alors de deux heures ; mais au fur et à mesure que la maladie progresse, les caractères de la douleur s'estompent et de même que l'horaire devient moins net, de même la durée est plus incertaine allant de $3/4$ d'heure à 6 ou 7 heures.

Evolution générale de la douleur pendant la maladie.

— Rarement continue d'emblée, la douleur procède par accès, par crises paroxystiques pourrait-on dire, encore que ces crises soient moins nettes que dans l'ulcus et que les périodes intermédiaires s'accompagnent d'une moindre rémission des symptômes. Après le premier accès du début survient une accalmie plus ou moins longue, marquée seulement par des tiraillements ou de la pesanteur épigastrique, puis, avec ou sans écart de régime une nouvelle crise se produit jusqu'à ce qu'enfin les accès augmentant d'intensité en même temps que de fréquence, la douleur s'installe d'une façon subcontinue. Telle est l'évolution qui nous a paru la plus habituelle. Il est évident que la marche générale que nous venons de tracer ne peut être que très schématique et que des exceptions ou des variantes pourront se rencontrer.

Vomissements. — Les vomissements existent dans presque tous les cas à un moment quelconque de l'évolution. Marc Mathieu les note 24 fois sur 27. Essard 34 fois sur 47. Ils ne manquent que dans 4 de nos observations.

Leur date d'apparition au cours du cancer est variable, mais comme les douleurs ils font en général partie des symptômes du début et 2 fois (obs. VII et XIX) nous les relevons comme symptôme initial. Une particularité intéressante frappe à la lecture de l'observation IV. La malade était enceinte ; elle souffrait depuis 10 mois mais *n'avait pas vomé* pendant sa grossesse ; les vomissements ne se sont installés chez elle qu'après l'accouchement ; ils ont d'ailleurs été précédés d'une exaspération des douleurs. Une autre malade (obs. XI) ne vomit que 16 mois après le début de sa maladie et son premier vomissement est une hématemèse !

Leur fréquence est en raison inverse de l'évolution, c'est-à-dire qu'ils sont d'autant moins espacés que la maladie est plus récente. Fréquents au début, ils se produisent plusieurs fois par jour chez certains malades ; il en est qui vomissent 10 et 20 fois par 24 heures (obs. IV et XXI). Mais à la vérité, il s'agit le plus souvent de vomissements quotidiens survenant après les repas et précédés de douleurs qu'ils ont tendance à calmer. A une période plus avancée, 3 éventualités peuvent se produire ou bien les vomissements disparaissent (c'est exceptionnel) ou bien ils restent quotidiens, ou bien enfin ils s'espacent et n'ont lieu que tous les 2 ou même tous les 3 jours. Cette dernière éventualité est celle que l'on observe d'ordinaire ; elle tient à la marche progressive de la sténose (le cancer se localisant surtout au pylore) et à la dilatation gastrique qui en est la conséquence.

Précédés ou non de nausées ou de régurgitations, les vomissements sont en général spontanés, mais il n'est

pas exceptionnel, surtout dans les formes très douloureuses, que les malades les provoquent eux-mêmes. C'était le cas du malade de Poncet et de ceux de nos observations VII et XI. D'autres ne se font pas vomir mais se tubent trois ou quatre fois par jour dès qu'ils commencent à souffrir (obs. XVIII).

La quantité des matières vomies est variable, un demi verre à une cuvette, avec une moyenne oscillant entre un demi-litre et un litre. Alimentaires, bilieux ou muqueux au début, les vomissements prennent par suite les caractères habituels des vomissements de stase, caractères sur lesquels nous n'avons pas à insister ici.

Les vomissements pituiteux « *eaux du cancer* », donnés malgré leur rareté comme caractéristiques chez l'adulte, n'existent dans aucune de nos observations.

Hématémèse. — L'hématémèse est-elle moins fréquente dans la forme juvénile du cancer de l'estomac que chez les cancéreux d'un âge avancé ? Nous ne le pensons pas. Les calculs auxquels nous nous sommes livré donnent en effet un pourcentage de 37 % à peine inférieur à celui de Brinton chez l'adulte (42 %).

Les caractères de ces hématémèses sont classiques. Le sang rejeté est du sang noir, marc de café, mêlé ou non aux aliments. A plusieurs reprises, on trouve en outre une coloration chocolat des vomissements. Une seule fois (obs. II), il y eut une hématémèse rouge.

Les circonstances qui accompagnent l'hématémèse ne diffèrent pas de celles qui s'observent chez l'adulte, pâleur, vertiges, tendance syncopale.

Quant à la date de son apparition, nous ne pouvons

souscrire entièrement aux conclusions de Marc Mathieu et d'Essard, qui en font un phénomène uniquement tardif. Dans trois de nos observations (obs. XI, XVIII et XXI), dont les deux dernières étaient, il est vrai, des ulcérocancers, la première hématomèse se produit 21 mois — 17 mois avant la mort pour les cas XI et XVIII — un an avant l'entrée à l'hôpital pour le cas XXI.

Melæna. — Le melæna accompagne souvent l'hématomèse, souvent aussi il se produit isolément. Pas plus que l'hématomèse, il n'est d'apparition fatalement tardive, et si Williatte le signale à deux reprises 17 et 40 jours avant la mort, nous le trouvons souvent plus précoce.

A part le melæna, rien de particulier à noter sur le fonctionnement intestinal qui ne s'observe au cours d'un cancer d'estomac classique. Il y a tantôt de la constipation, tantôt de la diarrhée, selon que le pylore est ou non perméable, et quand la diarrhée survient, elle est tenace, fétide et rebelle à tout traitement.

§ 3. — **Signes locaux.** — **La tumeur.** — L'existence de la tumeur est presque aussi constante que celle de la douleur.

Vingt observations en font mention ; mais nous devons n'en compter que dix-huit, car deux cas ne semblent pas concerner une tumeur gastrique ; ce que la palpation avait fait prendre pour une tumeur du pylore dans l'observation V était en réalité une hypertrophie considérable des ganglions de la petite courbure, ainsi que le montra la radioscopie et qu'en donna confirma-

tion l'autopsie. Un fait semblable ou du moins à peu près semblable, est consigné dans l'observation III ; une tumeur irrégulière avait été sentie, on pensa avec raison, après l'insufflation, qu'il s'agissait de ganglions de la grande courbure. Dans deux autres cas, il fut impossible par la palpation de sentir le néoplasme gastrique, mais il est probable qu'on en fut empêché par le foie, secondairement envahi, hypertrophié et bosselé, et recouvrant partiellement l'estomac. L'insuffisance de relâchement des muscles abdominaux s'oppose à toute exploration méthodique dans les obs. X et XV.

Quand elle existe, la tumeur n'emprunte au jeune âge des sujets aucun caractère spécial. La main l'explore tantôt à droite, tantôt à gauche de la ligne médiane, habituellement au-dessus de l'ombilic dans la région épigastrique. Mais le point de l'abdomen où on la sent, varie nécessairement avec son siège sur l'estomac, et c'est ainsi que plusieurs fois elle est perçue au-dessous de l'ombilic, participant alors des variations connues du pylore, dans le flanc gauche ou sous les fausses côtes, occupant la face antérieure de l'estomac.

En général, facile à palper (il peut être utile, pour la mieux sentir, de faire coucher le malade sur le flanc gauche ; elle tombe pour ainsi dire dans la main lors de l'inspiration, obs. VII), elle se présente sous forme d'une masse irrégulière, bosselée, étendue transversalement et prenant souvent quand elle siège au pylore une forme cylindrique. De consistance ferme, plus ou moins ligneuse, elle peut présenter au cours d'un même examen, des variations de consistance, et l'observation V est à ce sujet un bel exemple de tumeur partiellement

contractile. Ailleurs, on la trouve un jour pour ne plus la retrouver le lendemain, soit que les muscles abdominaux se relâchent moins parfaitement, soit plutôt que l'état de réplétion de l'estomac s'étant modifié, la tumeur ait changé de place. Ainsi se justifie la dénomination parfois employée de *tumeur voyageuse* (obs. II et XIX).

De bonne heure, des adhérences de voisinage se forment, qui font adhérer le néoplasme aux organes voisins, et il est rare qu'il existe une mobilité vraie de la tumeur.

Dire à quel moment apparaît l'induration, est matériellement impossible, les malades ne la percevant presque jamais eux-mêmes. Mais on peut à juste titre considérer son développement comme assez précoce, car dans toutes les observations où elle est signalée, il y est fait allusion à l'occasion du premier examen.

Adénopathie. — Chez les jeunes, le système lymphatique réagit avec une intensité inaccoutumée chez l'adulte. Les métastases ganglionnaires cliniquement appréciables, sont de ce fait plus fréquemment observées. Dans un cinquième des cas environ, on trouve des adénopathies externes, et il est possible qu'il y ait sur ce point un certain nombre d'omissions dans les observations publiées. Nous verrons bientôt l'extension considérable que prend parfois le retentissement ganglionnaire général, dont les progrès peuvent être suivis jour par jour. Mais dans les cas habituels, c'est la région cervicale inférieure qui est envahie, et quatre fois les ganglions de Troisier sont hypertrophiés (obs. II, XII, XVII et XXIII). Ailleurs, on signale l'envahissement des groupes axillaires, inguinaux et sous-maxillaires.

En tous cas, et quel qu'en soit le siège, l'aspect des ganglions fait immédiatement penser au cancer ; ils réunissent en effet tous les caractères classiques des adénopathies cancéreuses : petits, indolores, durs et roulant sous le doigt, ils ne s'accompagnent pas de périadénite.

Ces diverses adénopathies ne sont qu'un phénomène relativement tardif ; elles témoignent d'une généralisation déjà avancée et dont la première étape porte sur les groupes ganglionnaires périgastriques et péritonéaux. Leur présence, qui dans les cas douteux peut aider au diagnostic, a une grosse importance pronostique, car elle contr'indique toute tentative d'opération curatrice.

§ 4. — **Chimisme.** — Nos données sur le chimisme gastrique sont très incomplètes, l'examen manquant souvent.

Un certain nombre de nos observations inédites méritent d'ailleurs le reproche ; cela tient à ce que le diagnostic put être établi par les seules ressources de la clinique et que l'on jugea inutile d'infliger aux malades la fatigue et l'ennui d'un repas d'épreuve. Dix cas cependant nous fournissent les renseignements suivants :

Hypochlorhydrie ou anachlorhydrie.....	7 fois.
Orientation vers l'hyperchlorhydrie.	1 —
Hyperchlorhydrie au début, hypochlorhydrie plus tard..	2 —

L'acide lactique existe 4 fois, et sa présence coïncide avec l'absence d'Hcl libre.

Sans doute les mêmes caractères chimiques doivent appartenir aux vomissements et au liquide de stase

retiré le matin à jeun. Mais nous ne pouvons en apporter la preuve, le compte-rendu de l'examen qualitatif ne se trouvant que dans les cas III et XXII. L'acide chlorhydrique libre existait dans ces 2 cas, dont le second était, il est vrai, un ulcéro-cancer.

Comme il fallait s'y attendre, le chimisme est juxtaposable au chimisme de l'adulte et dans la règle il n'y a pas d'acide chlorhydrique libre.

§ 5. — **Signes accessoires et maladies concomitantes.**
— Des particularités cliniques de minime importance se surajoutent çà et là ; nous les signalerons sans nous y arrêter.

Deux malades (obs. V et VII) étaient particulièrement *nerveux* ; la première avait de la céphalée, de l'insomnie, des crises de larmes ; le moral du second était très mauvais et les douleurs chez lui furent particulièrement intenses, exagérées peut-être par la prédisposition névropathique.

Plus intéressants sont les cas où le cancer a évolué en même temps qu'une autre affection. La coïncidence de la *tuberculose* et de la *syphilis* s'observe deux fois ; dans les deux cas l'état général fut très touché et la maladie eut une évolution rapide.

Les *œdèmes cachectiques* ont été étudiés avec l'état général, nous n'y reviendrons pas, pas plus que sur les manifestations purpuriques.

La *phlegmania alba dolens* n'existe pas, à notre connaissance, dans le cancer des jeunes. Relevons cependant que la malade de l'observation XVIII, chez laquelle on porta le diagnostic d'ulcéro-cancer, a présenté vers

la fin de sa vie, d'après les renseignements fournis par son médecin, de l'« œdème douloureux des membres inférieurs avec noyaux phlébitiques » et qu'elle eut à la même époque deux embolies pulmonaires.

La *fièvre*, exceptionnellement notée, semble indépendante de l'évolution du cancer et ressortit soit à une maladie concomitante (tuberculose par exemple), soit à une complication infectieuse telle que la parotidite ou la dermite de la face.

Les modifications de l'*appareil circulatoire* sont fonction de l'anémie et d'ailleurs peu caractéristiques. On les rencontre au maximum dans les formes anémiques, mais elles se trouvent aussi dans les autres formes. Un souffle s'entend à la base du cœur chez trois malades, systolique dans un cas, mésosystolique dans les deux autres.

Peu ou pas de données sur l'*examen du sang* (les formes anémiques mises à part). Il y a de la leucocytose avec légère polynucléose dans l'observation de Williatte (obs. VIII).

Une seule fois (obs. XII) nous trouvons des *contractions tétaniques* au niveau des doigts. Il s'agissait d'une sténose pylorique chez un malade qui, depuis 18 mois, avait pris l'habitude de se faire vomir.

L'état des *urines* ne présente guère d'intérêt ; l'*albuminurie*, quand elle existe, n'apparaît qu'à la période terminale ; il en est de même de la *glycosurie* observée une seule fois (obs. III) et qui paraît liée à une généralisation hépato-pancréatique.

§ 6. — **Généralisation.** — L'anatomie pathologique

montre la fréquence et l'importance des généralisations du cancer d'estomac chez le jeune. Nous ne pouvons les reprendre ici une à une et nous nous bornerons à exposer les symptômes par lesquels certaines d'entre elles se sont révélées dans nos observations. Aux métastases hépatiques, si communément observées, correspondent cliniquement l'hypertrophie et les déformations parfois considérables du foie, l'existence possible d'ictère et d'ascite. L'ascite séreuse ou hémorragique n'est notée que deux fois (obs. I et XI). L'ictère existe dans les observations V et XI. La rareté relative de l'ascite ne laisse pas que de contraster avec l'importance des lésions péritonéo-hépatiques que nous avons précédemment décrites.

La localisation au foie peut dominer toute la symptomatologie et égarer le diagnostic, les signes gastriques étant alors rejetés au second plan ou même n'existant pas ; le cancer d'estomac est parfois soupçonné, jamais affirmé, à moins qu'un examen radioscopique ne montre les déformations caractéristiques. Mais le plus habituellement, la généralisation hépatique apparaît comme un épiphénomène au cours d'un cancer d'estomac évoluant et diagnostiqué depuis longtemps. Elle est contemporaine de la période cachectique dont elle accentue et accélère les manifestations. Annonçant le dénouement à brève échéance, sa constatation ne précède la mort que de une à deux semaines au maximum.

Plus souvent encore insidieuses que la propagation au foie, les métastases péritonéales ne donnent que peu de symptômes cliniques. La maladie ne prenant pas de leur fait une allure particulière, elles ne sont d'ordinaire

qu'une découverte opératoire. On fait une laparotomie, dans le but de pratiquer soit une pylorectomie, soit une gastro-entérostomie, et l'on découvre autour de la tumeur gastrique tout un semis de granulations péritonéales, envahissant non seulement la séreuse viscérale de l'estomac, mais encore le grand et le petit épiploon, et gagnant par le mésocolon le feuillet péritonéal qui recouvre le colon. Un stade de plus, et tout le péritoine est tapissé de granulations cancéreuses, on se trouve en présence d'une carcinomatose généralisée du péritoine dont l'ascite et les douleurs abdominales plus ou moins intenses, sont la traduction clinique (obs. III).

Si l'on excepte la cancérisation secondaire de l'intestin qui réalise un syndrome d'occlusion plus ou moins complet, et les métastases cutanées, prenant dans la peau la consistance de grains de plomb, les autres généralisations jusque et y compris les métastases ovariennes, passent souvent inaperçues cliniquement. Il sera, par suite, toujours prudent de les chercher méthodiquement, étant donnée leur énorme importance au point de vue du pronostic.

III. — **Evolution. — Durée**

Nous laissons systématiquement de côté ici les observations qui ont trait à l'ulcéro-cancer et aux formes anémiques, les unes ayant pour caractère une évolution longue, les autres une évolution au contraire très rapide. Il nous reste ainsi 17 cas dans lesquels la durée se répartit de la façon suivante :

Age à la mort.	Durée en mois.
24 ans	2 mois
27 ans.....	3 mois 1/2.
45 ans.....	5 mois.
27 ans.....	6 mois.
24 ans.....	6 mois 1/2.
49 ans.....	16 mois.
14 ans.....	24 mois.
34 ans.....	25 mois.
30 ans.....	26 mois.
28 ans.....	36 mois.
29 ans.....	36 mois.
27 ans.....	60 mois.

Les renseignements sur l'évolution manquent complètement dans deux observations — et dans trois autres le malade n'a pas été suivi jusqu'à la mort.— Voici pour ces trois derniers cas la durée connue.

Age du malade.	Durée connue.
22 ans.....	1 an.
28 ans	26 mois.
28 ans.....	36 mois.

En résumé, et en ne tenant compte que de la première série de faits, la durée moyenne obtenue en divisant par 12 le nombre total des mois, serait de 20 mois et demi, chiffre très voisin de la durée du cancer d'estomac chez l'adulte.

Si maintenant nous cherchons à voir dans quelle proportion s'observent les différentes évolutions, nous trouvons les chiffres suivants :

De 2 mois à 6 mois 1/2.	5 cas.
De 6 mois 1/2 à 1 an.....	0 —
De 1 an à 2 ans.....	2 —
De 2 à 3 ans.....	4 —
Au-delà de 3 ans.....	1 —

Deux modes d'évolution bien distincts se détachent nettement ; et l'on peut diviser en deux grands groupes le cancer de l'estomac chez les jeunes :

Au premier groupe appartiennent des formes à évolution archirapide, suraiguë, puisque dans deux cas, la durée totale ne dépasse pas 2 mois et 3 mois et demi.

Au second groupe appartiennent des formes à évolution lente, et même prolongées (le dernier cas a duré cinq ans). Dans les observations qui nous ont servi à établir les tableaux ci-dessus, ce groupe est beaucoup plus important que le précédent, il réunit à lui seul, en y comprenant les malades suivis pendant plus d'un an et perdus de vue par la suite, 10 cas, alors que nous ne possédons que 5 exemples de formes rapides.

La rapidité d'évolution ne saurait donc être donnée comme une caractéristique générale du cancer juvénile, puisqu'elle ne s'observe pendant la majorité des cas ; mais il n'en reste pas moins qu'elle est assez particulière au jeune et qu'elle est susceptible de donner une allure spéciale à la maladie.

Les raisons de cette rapidité d'évolution échappent complètement, elle ne s'explique ni par la variété anatomique ou histologique du cancer, ni par l'âge des sujets. Dans les cinq premiers cas, en effet, un seul malade a moins de 20 ans, les autres ont 24 et 27 ans. Inversement, deux malades de 14 et 19 ans sont placés dans le second groupe.

Forme commune.

L'analyse symptomatique à laquelle nous venons de nous livrer nous permet d'être bref sur la forme commune, car c'est à elle que nous avons emprunté la plupart des caractères précédemment décrits. Voici comment évolue habituellement la maladie :

Après une période de début plus ou moins longue, oscillant de deux mois à deux ans, marquée par des troubles dyspeptiques vagues, avec ou sans anorexie élective, les malades dont l'état général n'est encore que peu altéré sont pris de douleurs souvent intenses, survenant pendant la période digestive. Aux douleurs ne tardent pas à s'associer des vomissements alimentaires et muqueux. Douleurs et vomissements se combinent pour former une véritable crise remarquable par son intensité. L'état général baisse rapidement, les douleurs s'exagèrent, la restriction alimentaire et les vomissements spontanés ou provoqués entraînent l'amaigrissement et la mort survient dans la cachexie, que des hématuries se soient ou non produites au cours de l'évolution.

D'après la localisation de la tumeur, cette forme commune peut se diviser en un certain nombre de sous-variétés dont la plus importante est la *forme pylorique ou juxta-pylorique avec sténose*. Là, de nouveaux symptômes se surajoutent, n'ayant d'ailleurs rien de particulier au jeune âge. Les vomissements, de quotidiens qu'ils étaient, s'espacent pour ne se produire qu'à plusieurs jours d'intervalle, gagnant en abondance ce qu'ils

perdent en fréquence ; ils ne tardent pas à prendre tous les caractères classiques des vomissements de stase. La dilatation gastrique est poussée au maximum ; l'estomac, s'il n'est pas fixé par des adhérences et si ses parois ne sont pas transformées en une masse rigide et inextensible, peut descendre jusqu'à la partie inférieure de l'abdomen ; il y a du clapotage et un gros flot à jeun. La sonde retire le matin une certaine quantité de liquide et l'on voit souvent se produire des ondes péristaltiques allant de gauche à droite dans la région épigastrique.

Tout néoplasme siégeant au pylore ne s'accompagne pas forcément de sténose et nous apportons un exemple d'*insuffisance pylorique* (obs. VII) dont le diagnostic se fit par la radioscopie. On vit en effet en même temps que des lacunes considérables sur la région pylorique et la région moyenne de l'estomac un passage rapide du lait de bismuth dans le duodénum. Comme dans tous les cas semblables, l'estomac était petit et son fond ne descendait qu'à deux travers de main au-dessous du diaphragme. L'incontinence pylorique, cause de la rapide évacuation de l'estomac, a pour conséquence habituelle une diarrhée rebelle, comparable à celle que l'on observe parfois après la gastro-entérostomie. Il n'en fut rien dans notre cas ; le malade avait des selles quotidiennes, sans diarrhée. Bien plus, et le fait paraîtrait paradoxal s'il ne s'expliquait par l'intensité des douleurs, le malade se faisait vomir ; mais les vomissements, comme il fallait s'y attendre puisqu'il y avait de l'incontinence pylorique, n'étaient que peu abondants, ne dépassant pas la valeur d'un verre et ne contenaient qu'exceptionnellement des aliments : jamais ils n'ont pu être provoqués à jeun.

A ces formes pyloriques s'opposent les *formes cardiales*. Nous n'en possédons qu'une observation, celle de Williatte (obs. VIII) alors que nous avons pu réunir 9 cas de sténose pylorique. La localisation au cardia ne donna lieu à aucun signe particulier et le diagnostic fut impossible pendant la vie. Nous rappelons que dans cette observation l'attention fut surtout attirée par l'hypertrophie et la déformation hépatiques et que les signes digestifs proprement dits restèrent fort incomplets.

Il est moins rare que le cardia soit secondairement envahi par extension locale de la tumeur. Là encore la symptomatologie œsophagienne reste souvent fruste, témoin l'obs. III, où dans les derniers jours une légère dysphagie annonça l'atteinte du cardia. Par contre, l'autopsie du malade de l'obs. XXIII montra un cancer total de l'estomac, sténosant à la fois le cardia et le pylore ; le syndrome œsophagien avait été très net : « L'alimentation devint tout à fait impossible, des régurgitations suivaient toute tentative de déglutition. »

Pour conclure, si nous cherchons à individualiser le cancer des jeunes, il nous paraît presque impossible de l'opposer point à point au cancer de l'adulte. Les symptômes cardinaux se ressemblent beaucoup. La forme commune rappelle, tant par son allure clinique générale que par les caractères spéciaux qu'elle doit à la localisation du néoplasme, la forme commune de l'adulte ; elle n'en diffère que par : 1° la brusquerie du début ; 2° la rapidité d'évolution (ces deux caractères sont inconstants mais nets dans un certain nombre de cas) ; 3° l'intensité des douleurs, caractère beaucoup plus constant et qui nous paraît correspondre à la majorité des cas.

CHAPITRE IV

FORMES CLINIQUES

Notre intention n'est pas de passer successivement en revue les différentes modalités que présente le cancer de l'estomac chez le jeune. La plupart des formes que l'on a l'habitude de décrire chez l'adulte pourraient être décrites ici. Il nous paraît plus intéressant de signaler celles que nous considérons comme les plus fréquentes, celles surtout dont nous avons pu trouver, soit dans nos faits personnels, soit dans la littérature médicale un nombre suffisant d'observations pour les grouper en une étude d'ensemble. Nous sommes ainsi amené à décrire trois formes principales : l'ulcéro-cancer, une forme avec généralisation lymphatique, une forme anémique.

I. — **Ulcéro-cancer.**

L'ère des discussions sur la nature de l'ulcéro-cancer est loin d'être close. Deux théories pathogéniques restent en présence, ayant chacune de chauds et d'éminents partisans ; l'une émise primitivement par Hauser, soutient que l'ulcus chronique est susceptible de cancérisation secondaire ; l'autre, avec Tripier et l'école lyonnaise, affirme qu'il s'agit d'une affection essentiellement mali-

gne, mais à évolution lente. Nous avons résolu de nous placer surtout sur le terrain clinique, et il sortirait des limites de notre travail, de discuter les raisons qui militent en faveur de l'une ou l'autre conception. Mais quelle que soit la théorie que l'on adopte, on ne peut nier pratiquement l'existence d'une affection gastrique évoluant avec les allures de l'ulcéro-cancer. Nous avons eu, pour notre part, la chance de réunir six cas de ce genre en dépouillant nos observations.

Le tableau clinique de l'ulcéro-cancer peut schématiquement se diviser en deux périodes : Dans la première dont la durée est indéterminée, mais souvent longue, pouvant atteindre 10 et 15 ans, rien ne permet de songer au cancer. C'est la phase d'ulcus proprement dite, caractérisée par des crises que séparent des périodes d'accalmie. Deux éléments dominent la symptomatologie de la crise, d'une part des douleurs violentes à type tardif, calmées par l'alimentation ; d'autre part des vomissements souvent très acides, amenant une sédation des phénomènes douloureux. Chacune des crises est souvent complétée par une forte hypersécrétion et du spasme, d'où résulte une sténose pylorique passagère. A cette période appartiennent des hématomèses parfois abondantes.

L'apparition de la seconde phase, ou phase de cancérisation, modifie profondément l'allure de la maladie. Les douleurs redoublent d'intensité et perdant leur horaire, deviennent continues ou subcontinues. Aux hématomèses espacées et rutilantes de la première période, succèdent des hématomèses moins évidentes et noires, d'une per-

sistance beaucoup plus grande. En même temps, le syndrome classique de la sténose pylorique s'installe au grand complet, l'état général périclité et la mort survient en quelques mois.

Rarement il est possible de saisir la transition entre la phase d'ulcus et la phase de cancer, et cela parce que les signes physiques ne se modifient pas à l'instar des signes fonctionnels. La tumeur, en effet, n'est pas toujours perceptible et l'adénopathie sus-claviculaire est d'existence aussi inconstante que dans la forme commune du cancer d'estomac. Quant au chimisme gastrique, ses résultats pour importants qu'ils soient, ne sauraient avoir une valeur absolue, à cause de la persistance souvent observée de l'hyperchlorhydrie. Là encore, c'est l'examen radiologique qui, méthodiquement pratiqué, permet d'arriver au diagnostic de cancer.

Tels sont vivement résumés, les caractères de l'ulcéro-cancer, admis par la majorité des auteurs. Cherchons maintenant s'ils se retrouvent dans nos observations.

Tout d'abord, on ne peut qu'être frappé du nombre relativement considérable de cas d'ulcéro-cancers que nous avons trouvés au-dessous de 30 ans (un peu moins du cinquième de la totalité de nos observations). Systématiquement ont été éliminés ceux qui ne s'appuyaient pas sur une constatation anatomique ou opératoire précise. Pour cinq de nos cas, il y a un examen histologique montrant le développement du néoplasme en un point limité du rebord de l'ulcus. Pour le 6^e cas, nous n'avons pas à la vérité de preuve microscopique, mais nous avons en faveur de l'hypothèse d'ulcéro-cancer la constatation opératoire de cicatrices blanchâtres, étoilées

sur le pylore et la petite courbure, le « white scar » des auteurs anglais que l'on considère actuellement comme spéciales à l'ulcus.

L'existence de l'ulcéro-cancer chez des sujets jeunes, a d'ailleurs été signalée par d'autres auteurs. Schmincke et De la Camp en ont tous deux décrit un cas chez un garçon de 16 ans, et l'observation VI que nous empruntons à la thèse récente de Zurmeyer s'en rapproche pas plus d'un côté.

L'auteur discute longuement dans son travail la possibilité de l'ulcéro-cancer chez son malade, et s'il rejette cette conclusion, c'est faute d'avoir trouvé des lésions d'endartérite suffisante, et c'est aussi parce que la tumeur s'est développée dans le grand cul-de-sac au lieu d'occuper la région pylorique.

Deux formes évolutives se détachent nettement à la lecture des observations :

Une première, typique, correspondant assez exactement au tableau schématique que nous avons donné : stade d'ulcus évident, ayant précédé le stade néoplasique.

Une deuxième, atypique, où le stade cancéreux manque ou du moins manquait quand la nature néoplasique fut découverte.

Dans la première catégorie se rangent les cas XVIII, XX et XXII. Dans la seconde, les observ. XIX et XXI, où le cancer fut une trouvaille de laboratoire (pièces de pylorectomie). Il est vrai que dans l'observation XIX, si le microscope fit le diagnostic précoce, la clinique le confirma par la suite, car la malade revint dans le service avec des signes non douteux de cancer.

La partie clinique est trop incomplète dans l'observa-

tion XVII pour qu'il soit possible de la faire rentrer dans l'un ou l'autre groupe.

Dans 3 cas (obs. XX, XXI, XXII), un long passé d'ulcus précède de 7, 10 et 12 ans la constatation du cancer, mais on ne peut affirmer à quel moment se fit la transformation. Toutefois, en comparant l'une à l'autre les 2 observations (XX et XXII), et en prenant pour point de repère les premiers symptômes de sténose définitive, on peut, mais avec beaucoup de réserves, faire remonter la cancérisation à 1 an dans un cas, à 3 mois dans l'autre. Le 3^e malade qui fut opéré 12 ans après le début des accidents avait eu une hématomèse noire un mois avant son entrée à l'hôpital (La pièce de pyloréctomie montra qu'il s'agissait d'un vieil ulcus avec début de transformation néoplasique).

A part l'hématomèse noire, aucun autre signe de cancer. Le malade a été revu à plusieurs reprises; il existait encore en 1911; il n'avait à ce moment d'autre trouble qu'une légère pesanteur épigastrique et avait engraisé de 10 à 12 kilogr. depuis son opération qui remontait à 1907. Ce cas présente un vif intérêt, car il démontre la grande valeur des opérations radicales dans l'ulcéro-cancer. Il est permis de penser que chez ce malade la pyloréctomie a amené la guérison.

Les observations XVIII et XIX contrastent singulièrement avec les faits précédents. Là l'évolution totale était longue, le début remontait à une dizaine d'années. Ici, nous assistons à des formes à évolution rapide (15 mois et 3 ans). Sans doute nous sommes loin de l'évolution suraiguë que nous avons vue dans le cancer, mais il est étonnant de voir combien dans ces 2 cas la

phase d'ulcus est écourtée ; la première malade est opérée 2 ans 1/2 (gastro-entérostomie), la seconde 4 mois (pylorectomie) après le début. Or, dans un cas, la pièce de pylorectomie et dans les deux cas une évolution ultérieure rapide donnèrent la signature du cancer. Faut-il prendre acte de ces faits pour distinguer, comme pour le cancer, une forme rapide et une forme lente d'ulcéro-cancer ? Nous n'irons pas jusque-là, car nos observations sont trop peu nombreuses ; mais il nous a semblé qu'il n'était pas sans intérêt de nous arrêter sur cette curiosité clinique.

II. — **Forme avec généralisation lymphatique.**

Les faits qui nous servent à isoler cette forme ne sont pas absolument superposables. Nous nous appuyons en effet sur 4 observations dont 2 ont trait à une lymphangite pulmonaire (cas de Devic, reproduit par Essard, cas de Bard publié dans la *Semaine médicale* en 1906) et dont 2 furent plus schématiques, caractérisées par une étape ganglionnaire manifeste précédant la diffusion lymphangitique. Une de ces dernières observations a déjà été publiée par François Moutier et Marre. Il s'agit d'une femme morte à 31 ans d'un cancer généralisé à tout le système lymphatique et chez laquelle les accidents gastriques ont débuté à 29 ans. Notre seconde observation figure sous le n° XVII dans les observations d'ulcéro-cancer. Le court résumé clinique qui précède le compte-rendu nécropsique nous autorise à la juxtaposer au cas précédent. A défaut d'une parenté clinique dont

il est impossible d'apporter une preuve détaillée, ces 2 observations ont entre elles des rapports étroits si l'on en juge par les descriptions anatomo-pathologiques, tant macroscopiques que microscopiques ; dans les deux cas, même retentissement considérable sur les ganglions intra-abdominaux et intra-thoraciques et sur les groupes cervicaux inférieurs, dans les deux cas, même métastases cutanées, dans les deux cas, même dégénérescence colloïde des éléments néoformés.

Chez la malade de Moutier et Marre, l'évolution fut banale en tant que cancer d'estomac. Là cependant, comme dans la plupart de nos observations nous relevons l'accentuation des douleurs dans les cinq à six mois qui précèdent l'entrée à l'hôpital, à plusieurs reprises même la malade a des crises *très aiguës*, débutant au milieu de la nuit et pour lesquelles on dût recourir à des piqûres de morphine. Ce qui fait tout l'intérêt de cette observation, c'est la marche suraiguë, terminale de la généralisation dont on peut suivre les progrès jour par jour. En moins d'un mois on vit partir des ganglions envahis des traînées lymphagitiques ensemençant d'abord la peau où se forment des nodules cancéreux, puis gagnant le sein pour y déterminer par lymphangite rétrograde un cancer secondaire. Les différentes étapes de la généralisation sont ici nettement marquées : étape gastrique remontant à près de deux ans ; étape ganglionnaire, dont la date d'apparition n'est pas connue puisque les ganglions hypertrophiés sont constatés au premier examen ; étape cutanée et mammaire par voie exclusivement lymphatique, celle-ci remarquable par la brutalité et la rapidité de son évolution.

Dans les cas de généralisation pulmonaire, le tableau est plus dramatique encore. En quelques heures (36 dans le cas de Devic), en quelques jours au plus le malade est emporté par des phénomènes en tous points comparables à ceux de l'œdème aigu du poumon : dyspnée intense, cyanose de la face, refroidissement des extrémités, petitesse du pouls, pluie de râles fins dans la poitrine. L'autopsie montre une lymphangite pulmonaire diffuse dont l'examen histologique établit la nature cancéreuse.

Fait important : les ganglions du médiastin sont constamment envahis, secondairement aux ganglions juxtagastriques ; et c'est très vraisemblablement par l'intermédiaire de ces relais ganglionnaires que se produit la lymphangite localisée dans ces cas au territoire pulmonaire. Comme dans les formes à diffusion superficielle, il s'agit évidemment d'une lymphangite rétrograde.

En somme, nous assistons à deux manifestations différentes d'un même processus, chacune tirant ses caractères propres de l'organe sur lequel elle évolue, mais toutes deux ayant pour caractère commun une marche suraiguë. Toutes choses égales d'ailleurs, et en tenant compte des raisons anatomo-physiologiques, les accidents cutanés et mammaires décrits par Moutier et Marre ne furent-ils pas aussi rapides que les accidents pulmonaires relatés par Bard et Devic ?

Cette forme à généralisation lymphatique ne se rencontre peut-être pas très fréquemment ; mais elle est importante à connaître et toujours il faudra penser à sa possibilité en présence de grosses adénopathies, soit adénopathies externes facilement appréciables, soit adé-

nopathies internes et surtout intra-thoraciques que pourront révéler les signes habituels des adénopathies médiastines.

III. — **Formes anémiques.**

Depuis que Hayem a décrit en 1898 la forme anémique du cancer de l'estomac, les observations se sont multipliées et l'existence de cette forme chez l'adulte est admise par tous. Elle nous a paru se montrer chez le jeune avec une assez grande fréquence. Osler cite une observation de Norman Moore chez un enfant de 13 ans. Clavelin raconte l'histoire d'un soldat de 21 ans chez lequel il avait porté le diagnostic d'anémie pernicieuse progressive et où l'autopsie révéla l'existence d'un cancer colloïde du pylore. Malheureusement dans ces deux cas, il n'y eut pas d'examen hématologique et le diagnostic ne reposa que sur une impression clinique. Il n'en est pas de même dans les trois autres cas que nous empruntons à Otto Frese et à Niclot. Là, de plus, il n'y a pas seulement anémie grave, il y a des métastases cancéreuses dans la moelle des os. C'est dire que la forme anémique du cancer de l'estomac chez le jeune peut présenter les deux aspects qu'ont décrit chez l'adulte Marcorelles et Parmentier et Chabrol.

1° Une forme anémique pure ;

2° Une forme anémique avec « hypertrophie splénique et réaction myéloïde très accusée. En pareil cas le cancer d'estomac s'accompagne de lésions particulièrement intéressantes : la moelle osseuse est le siège de métastases néoplasiques » (Parmentier et Chabrol).

Cette seconde forme, donnée comme rare chez l'adulte, est loin d'être exceptionnelle dans le jeune âge si nous nous en référons aux cas sur lesquels Marcocelles appuie sa description. Sur 6 observations de forme anémique avec métastases osseuses, trois concernent des malades au-dessous de 30 ans. Une quatrième malade n'a que 34 ans.

Quelle que soit la variété clinique, l'évolution est rapide ; les cas que nous connaissons ont duré respectivement 2 mois, 2 mois $1/2$ et 9 mois.

Les symptômes gastriques sont réduits au minimum ; une vague pesanteur épigastrique, une anorexie non élective et quelquefois des vomissements attirent sans plus l'attention sur l'appareil gastro-intestinal.

Les symptômes généraux, au contraire, dominent la scène. L'anémie est extrême ainsi que le traduit la décoloration de la peau et des muqueuses. L'amaigrissement est en général marqué et rapide, mais on peut n'en être pas frappé à première vue, car il est souvent masqué par des œdèmes, variables dans leurs localisations, occupant tantôt la face, tantôt les malléoles, tantôt les bras ou les jambes. L'asthénie est poussée au maximum, témoin le malade de l'obs. XXIV qui « apathique, indifférent à tout ce qui l'entoure, ne demande qu'à être laissé en repos et ne répond que par monosyllabes aux interrogatoires du médecin. »

Le syndrome anémique se complique-t-il de métastases osseuses, 2 symptômes nouveaux apparaissent parfois mais non toujours : l'augmentation de volume de la rate et des douleurs osseuses.

Ces douleurs avaient pour siège le haut des cuisses et

la région sternale dans le cas de Otto Frese (obs. XXVI) et correspondaient exactement au siège de noyaux secondaires dans le sternum et le fémur. Une sciatique symptomatique d'une généralisation vertébrale existait dans l'observation XXV.

Ajoutons que des hémorragies diverses, cutanées, rétiniennes, gingivales (obs. XXVII), peuvent se produire et révèlent ainsi l'atteinte profonde des organes hématopoiétiques.

On conçoit l'importance de l'examen du sang dans les cas de ce genre. La formule, tout en se rapprochant de celle de l'anémie pernicieuse, s'en distingue en général par une diminution moindre du nombre des globules rouges et par une valeur glôbulaire plus faible. Dans les métastases médullaires, la réaction myéloïde peut être aussi intense que dans l'anémie pernicieuse, mais d'après Parmentier et Chabrol, le nombre des globules rouges à noyau serait beaucoup plus considérable, atteignant les chiffres de 20 à 45 % au lieu de 3 à 5 % dans la maladie de Biermer.

CHAPITRE V

DIAGNOSTIC

Le cancer de l'estomac est en général facile à diagnostiquer chez les jeunes. Le diagnostic fut porté cliniquement dans la presque totalité de nos observations. Dans les rares cas où le cancer ne fut pas reconnu pendant la vie, tout porte à croire qu'il ne l'eût pas été davantage chez l'adulte. Il en fut ainsi dans les observations VI et VIII où le cancer évolua insidieusement et ne se révéla que par une métastase hépatique. On ne saurait chercher pour de pareils faits des caractères différentiels ; la néoplasie gastrique peut être soupçonnée, envisagée comme probable, mais il restera toujours impossible de l'affirmer ; l'erreur est presque fatale.

Les éléments du diagnostic positif ont été étudiés en détail avec la symptomatologie ; nous ne les reprendrons pas. On s'appuiera surtout sur le groupement des symptômes cardinaux, douleurs vives, vomissements, tumeur, mauvais état général.

Mais, parce qu'il est encore répandu que le cancer avant 30 ans est d'une grande rareté, on passe parfois à côté du diagnostic, soit que l'on n'y songe pas ou que l'on n'y songe que pour l'éliminer, soit que la prédomi-

nance ou l'absence de l'un des symptômes, ailleurs, une allure spéciale de la maladie (ulcéro-cancer, forme anémique) induise en erreur.

Nous ne pouvons passer en revue la série des diagnostics différentiels que l'on fait d'ordinaire à propos du cancer de l'estomac. Tous s'appliquent aussi bien au cancer des jeunes qu'au cancer de l'adulte, et tous trouveraient place ici. Les mêmes caractères permettent chez les uns comme chez les autres de localiser et d'affirmer le diagnostic. Toutefois, il est deux maladies fréquentes au-dessous de 30 ans, avec lesquelles l'erreur est possible, nous voulons parler des dyspepsies nerveuses, et surtout de l'ulcus gastrique.

Sous le terme vague de *dyspepsie nerveuse*, nous entendons les diverses manifestations d'ordre névropathique portant sur la sphère digestive, qu'elles soient hystéro-fonctionnelles à proprement parler, ou au contraire réflexes, ayant leur point de départ extra-gastrique. Dans ces gastro-névroses tout se rencontre, depuis les perversions de l'appétit et l'anorexie jusqu'aux douleurs intenses et aux vomissements.

Comment les distinguera-t-on des troubles résultant d'une lésion organique de l'estomac, et particulièrement du cancer ? Un caractère général appartient à toutes les manifestations nerveuses ; c'est leur absence de systématisation, leur allure capricieuse, contradictoire en quelque sorte. La faim nauséuse et angoissante n'existe pas dans le cancer des jeunes ; elle s'observe au contraire avec une grande fréquence chez les névropathes. L'anorexie hystérique est en général facile à distinguer de l'anorexie du cancer ; elle a débuté brusquement à la suite d'une

vive contrariété, souvent à l'époque de la puberté ; mais un interrogatoire serré et une observation quelque temps prolongée, montrent à l'évidence qu'il s'agit d'un refus systématique d'aliments bien plutôt que d'un trouble fonctionnel véritable. Les douleurs, malgré leur intensité, diffèrent nettement de celles du cancer ; sans doute elles existent aux heures de la digestion, mais elles se produisent aussi bien à n'importe quelle heure de la journée, le matin à jeun comme le soir, et cela dès le début de la maladie, fait exceptionnel dans le cancer où nous avons vu les premières douleurs survenir après les repas ; s'accompagnent-elles d'hyperesthésie épigastrique, il s'agit moins d'une hyperesthésie profonde que d'une hyperesthésie cutanée et superficielle, dont le siège ne présente pas un rapport exact avec le siège de la douleur spontanée. Par l'amaigrissement considérable et la déshydratation qu'ils entraînent après soi, les vomissements hystériques donnent parfois aux malades un aspect de cachexie avancée et peuvent faire naître l'idée de cancer. On évitera l'erreur en se rappelant les caractères que nous avons décrits aux vomissements cancéreux qui, presque toujours précédés de douleurs intenses, variables d'ailleurs dans leur quantité, surviennent 1, 2 ou 3 heures après les repas, et ne sont pas absolument réguliers (presque tous les malades dont nous avons raconté l'histoire, ont eu des périodes où ils ne vomissaient pas). Les vomissements hystériques, au contraire, précoces dans leur horaire, se produisent régulièrement chaque jour, soit au début ou au milieu du repas, soit immédiatement après, sans douleur préalable et sans effort pénible.

Au surplus, dans tous ces cas, la nature purement fonctionnelle de la maladie sera établie par un examen approfondi de l'appareil gastro-intestinal, et par les bons effets de la thérapeutique : l'isolement, une psychothérapie bien conduite, triompheront presque toujours des troubles hystériques ; le traitement de la maladie causale amènera la disparition des troubles nerveux d'ordre réflexe.

Malgré les apparences et les distinctions théoriques, le diagnostic reste parfois extrêmement difficile, car d'une part on n'a pas le droit d'affirmer l'origine névropathique d'un symptôme sans avoir au préalable écarté l'hypothèse d'une lésion organique, et en tous cas ce diagnostic ne peut être porté qu'avec une extrême réserve, et d'autre part, nous savons que chez certains sujets prédisposés, l'hystérie se surajoute volontiers aux symptômes d'origine organique, en exagérant alors l'intensité et en modifiant profondément les manifestations habituelles et classiques.

Plus difficile encore est le diagnostic du cancer et de l'*ulcus* chez les sujets d'un âge peu avancé. Là, toutes les probabilités sont en faveur de l'*ulcus*, le jeune âge des malades, l'intensité des douleurs, les vomissements, voire les hématomèses. L'analyse la plus minutieuse des symptômes ne permet pas toujours de trancher la question.

L'anorexie banale ou élective peut manquer dans le cancer précoce ; la restriction alimentaire existe dans les deux cas, les mêmes causes entraînant nécessairement les mêmes effets. Restent les douleurs ; leur horaire ne fournit pas pour le diagnostic un appoint suffisant ; peut-

être sont-elles dans le cancer moins schématiquement tardives (elles le sont tout au moins au début, à une époque où il serait si important de faire un diagnostic précis), peut-être aussi sont-elles moins régulièrement calmées par l'alimentation. Il faudra toujours étudier avec soin l'évolution générale de la douleur ; sans doute, dans le cancer comme dans l'ulcus, nous trouvons des périodes paroxystiques séparées par des périodes d'accalmie. Mais alors que dans l'ulcus, les périodes d'accalmie sont souvent longues et caractérisées par une disparition presque complète des manifestations douloureuses, dans le cancer les paroxysmes sont plus rapprochés et si la douleur s'atténue, elle ne disparaît jamais complètement dans l'intervalle. Ce sont là des différences minimes qu'il est souvent très difficile d'apprécier et nous ne pensons pas que l'on puisse trouver dans les caractères de la douleur un argument irréfutable pour ou contre le cancer.

Pas plus que les douleurs, les vomissements du début ne sont d'un grand secours pour le diagnostic ; dans le cancer comme dans l'ulcus ils surviennent à la fin de la crise douloureuse, amenant néanmoins une sédation moins brusque et moins radicale de la douleur dans le cancer. Plus tard, quand la sténose pylorique est manifeste, le même point d'interrogation persiste, car l'ulcus chronique donne les mêmes vomissements de stase ; il est vrai que l'examen chimique des matières vomies peut apporter de fortes probabilités en faveur de l'une ou l'autre hypothèse.

La question se complique encore si l'on envisage la fréquence de l'ulcéro-cancer dans le jeune âge. Dépister

la phase de camérisation à son début est chose d'autant plus difficile que le long passé du malade avait imposé dès longtemps le diagnostic d'ulcus et que l'on est tout naturellement porté à considérer l'aggravation des symptômes comme une recrudescence de la maladie où une crise paroxystique plus forte que les précédentes. La modification rapide de l'état général, la subintance des crises devront donner l'éveil et conseiller une laparotomie exploratrice, souvent déjà trop tardive.

Dans tous ces cas, en l'absence de signes physiques nets, en l'absence de tumeur, de généralisation, d'adénopathie ou de symptômes cachectiques, le diagnostic purement clinique présente les plus grosses difficultés ; la certitude ne sera obtenue que par la combinaison de l'observation clinique avec les moyens de laboratoire, et en particulier avec l'examen radiologique.

A l'heure actuelle, tous les malades chez lesquels on a quelque raison, si minime soit-elle, de soupçonner un néoplasme gastrique, doivent être examinés au point de vue du chimisme gastrique et du pouvoir antitryptique du sérum sanguin.

On sait avec quelles raisons il convient d'accepter les résultats du *repas d'épreuve*. Néanmoins l'hypochlorhydrie et l'anachlorhydrie sont de règle dans le cancer d'estomac. Malheureusement elles se rencontrent dans d'autres affections et même, pour ne pas sortir des cas que nous étudions, la diminution ou la suppression de l'acide chlorhydrique libre, est constante dans les anémies pernicieuses. Ce mode d'investigation n'aura donc que peu de valeur dans certaines formes du cancer précocce et notamment dans les formes anémiques. Inverse-

ment, il est de notion classique que l'hypochlorhydrie manque souvent dans l'ulcéro-cancer.

Pratiquée dans une de nos observations (obs. VII), la recherche du *pouvoir antitryptique* fut positive, c'est-à-dire qu'il y eut augmentation du pouvoir antitryptique exprimé par $1/5-1/6$ au lieu de $1/3-1/4$, chiffre normal.

Dans un article récent, MM. J.-Ch. Roux et Savignac, s'appuyant sur une statistique de 125 cas, ont montré la constance des résultats fournis par cette réaction. Nous ne pouvons mieux faire que de reproduire ici leurs conclusions :

« 1° Dans les cas douteux, un pouvoir antitryptique normal permet, presque à coup sûr, d'éliminer le diagnostic de cancer ;

« 2° Dans les cas où se trouve groupés un certain nombre de symptômes de néoplasme et même dans les cas douteux, à la condition que le malade ne présente aucune des affections dans lesquelles on trouve un pouvoir antitryptique au-dessus de la normale, l'élévation du taux de celui-ci fait penser au cancer ;

« 3° Donc, tout en affirmant qu'il ne s'agit pas d'un signe pathognomonique, nous attachons une grande importance à la valeur sémiologique de ce symptôme ».

L'examen aux *rayons X* (radioscopie, radiographie), est le complément indispensable de tout examen gastrique sérieux. Lui seul, dans les cas douteux, tranche en dernier ressort, le bismuth licopodé, renseigne sur la présence ou l'absence du liquide à jeun — l'ingestion d'un lait de bismuth montre la façon dont se remplit l'estomac, les limites inférieures qu'il atteint en cas de dilatation, les contractions péristaltiques et antipéristal-

liques de la sténose pylorique. Mais ce sont surtout les déformations de l'image qui sont caractéristiques du cancer : image lacunaire, « aspect marécageux » de Bécclère, encoches nettes sur la grande ou la petite courbure au voisinage du pylore. La valeur de ce signe est telle qu'il a maintes fois fait affirmer l'existence d'un néoplasme, alors que la clinique orientait plutôt vers le diagnostic d'ulcus, et que ce diagnostic radiologique fut confirmé, ici par une intervention chirurgicale, là par l'évolution ultérieure de la maladie.

Est-il au pouvoir de la radioscopie ou de la radiographie de nous renseigner sur la nature exacte de la tumeur ? Evidemment non ; et là se dresse une nouvelle difficulté pour le cancer des jeunes. Il est d'usage en effet de comprendre sous le nom de cancer les néoformations d'origine épithéliale et d'en exclure le sarcome. Or, le sarcome est fréquent dans les 30 premières années de la vie, et l'on conçoit combien nombreuses seront les erreurs de diagnostic, d'autant plus que l'évolution clinique est fatale dans les deux cas, et que les symptômes se confondent à tel point que seul l'examen histologique permet un diagnostic rétrospectif. Quelques caractères spéciaux ont cependant été donnés par Fenwick et Schlesinger au sarcome : une fièvre légère mais continue (le fait est signalé dans une observation que nous avons consultée dans le service de M. Albert Mathieu. Il s'agissait d'un jeune homme de 19 ans, qui ne présenta d'autre signe physique que de l'ictère et une hypertrophie hépatique à laquelle se surajoutèrent par la suite des bosselures irrégulières ; il eut pendant la première partie de son séjour à l'hôpital une fièvre

élevée et continue qui avait fait envisager l'hypothèse d'une typhoïde à forme hépatique) — la fréquence de l'albuminurie, la faible tendance à la sténose, tant au niveau de l'estomac (le sarcome dont nous venons de parler, siégeait à la petite courbure) qu'au niveau de l'intestin en cas de métastases, la cachexie beaucoup plus rapide (notre malade ne vécut que trois mois après l'apparition des premiers symptômes).

Comme on peut s'en rendre compte, les caractères donnés par Fenwick et Schlesinger, ne diffèrent du cadre clinique habituel que par la fièvre et l'absence de sténose. Il sera par suite bien difficile, chez un sujet jeune, de savoir si l'on est en présence d'un sarcome, à moins qu'une métastase cutanée ne vienne imposer le diagnostic. L'erreur d'ailleurs a peu d'importance pratiquement, puisque le pronostic est le même.

En résumé, le cancer précoce de l'estomac est facilement reconnaissable. Il ne peut guère être confondu qu'avec l'ulcus ou le sarcome (et dans ce dernier cas l'erreur est presque impossible à éviter).

Si on le méconnaît, c'est qu'instinctivement on est influencé par l'âge du malade. Mais la tendance de plus en plus grande aujourd'hui de faire intervenir comme complément de l'examen clinique les moyens de laboratoire et les rayons de Röntgen, faciliteront singulièrement le diagnostic. Il nous paraît inutile d'insister sur l'importance d'un diagnostic précoce, car c'est de la précocité du diagnostic que dépend le succès trop souvent problématique de l'intervention chirurgicale.

OBSERVATIONS

I. — **Cancers.**

Observation I (résumée). (BARCLAY NESS et TEACHER).

Depuis deux ans, l'enfant (14 ans et 9 mois), se plaignait par intervalle de douleurs intestinales très vives ne durant que quelques minutes. Huit mois avant son admission à l'hôpital, ces crises douloureuses ont augmenté de fréquence et d'intensité. En mai 1906, on constata une induration non douloureuse au niveau de l'ombilic ; la peau rougit et donna issue à une petite quantité de pus. En juin, jaunisse avec décoloration des selles ; trois semaines plus tard, ascite.

L'état général devient mauvais ; laparotomie exploratrice : anastomose entre le jéjunum et la vésicule biliaire distendue. Mort neuf jours après l'opération.

AUTOPSIE. — Nodules carcinomateux dans tout l'abdomen, à la surface du foie et de la rate, autour du col de la vésicule biliaire et du canal hépatique, dans le mésentère et au niveau du cœcum ; la première portion du colon est envahie et sa lumière en partie oblitérée. Infiltration du méso-rectum.

E stomac. — Sur la petite courbure, ulcère d'environ 3 millimètres, arrondi, à bords épaissis. Tout autour les parois gastriques étaient épaissies et indurées sur la plus grande partie de leur étendue ; l'aire infiltrée de l'estomac s'arrêtait à environ deux centimètres de l'anneau pylorique ; la partie attenante à l'orifice paraissait saine.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Carcinome caractérisé par la prédominance du tissu fibreux et l'atrophie des éléments épithéliaux.

Observation II (HUCH).

Garçon de 15 ans, apprenti sellier, 29 août 1902. Bien portant jusqu'à sept semaines avant son entrée. A ce moment, vomissements sans douleur antérieure et sans rapport avec la quantité et la nature des repas.

Fin juillet, fortes douleurs, crampes aussitôt après le repas du midi dans la région de l'arc costal gauche, à quatre travers de doigt au-dessus d'une horizontale passant par l'ombilic. Il vomit ses aliments et le vomissement s'accompagne d'un goût fortement acide. Le vomissement est purement alimentaire et ne contient pas de sang. Après le vomissement les douleurs cessent, mais pendant la journée le malade a plusieurs fois des renvois acides. Après le repas suivant, douleurs et vomissements se reproduisent et ainsi pendant plusieurs jours, mais toujours les douleurs sont indépendantes de la nature de l'alimentation. Quatre ou cinq fois le malade vomit deux cuillerées à soupe environ de sang liquide, foncé mais n'ayant pas l'aspect marc de café. Après quelques semaines, les douleurs ne cessèrent plus immédiatement après les vomissements, mais persistèrent environ une heure. Le malade vomissait presque tous les matins un liquide aqueux un peu amer. Appétit bon. Pas de renvois, pas de pyrosis, quelquefois du hoquet.

Depuis cinq semaines, amaigrissement de 5 kg. Pas de fièvre. Il y a deux jours, une faute grossière de régime amène une aggravation de son état.

ETAT ACTUEL. — Aspect infantile, donne l'impression d'un garçon de 12 ans. Pâle et anémique. Musculature molle, pannicule adipeux peu développé. Petits ganglions sous-maxillaires, cervicaux et inguinaux. Pas d'adénopathie sus-claviculaire. Pas de signes de syphilis congénitale.

Poumons, cœur, rate et foie normaux.

Estomac. — Pas délimitable à la percussion.

Sensibilité épigastrique légère un peu à gauche de la ligne médiane.

Palpation abdominale impossible à cause de la contracture des muscles abdominaux.

A gauche, près des apophyses épineuses des 11^e et 12^e vertèbres dorsales, point douloureux à la pression.

Urines : ni sucre, ni albumine. Poids : 29 kg. 1/2.

30 août. — Pendant la nuit, vomissement de liquide et d'aliments, réaction neutre. Le lendemain matin, un tubage à jeun ramène 100 cc. d'un liquide gris jaune neutre. On dû arrêter l'évacuation car il sortit environ une cuillerée à bouche de sang frais.

31 août. — Examen à jeun. On sent à l'épigastre à gauche une petite tumeur qui semble venir de sous le foie, s'abaisse à l'inspiration, et que l'on peut arrêter avec le doigt au moment de l'ascension expiratoire. On fait prendre du lait au malade : la tumeur est perçue plus nettement, mais à droite de la ligne médiane elle a le volume d'une pomme.

Nouveau vomissement dans la nuit.

Repas d'épreuve. — Extrait après 3 heures : masse alimentaire mal digérée, légèrement acide mais ne contenant pas d'acide chlorhydrique libre. Acide lactique : réaction faiblement positive.

OPÉRATION. — Tumeur carcinomateuse dure, de la grosseur d'une petite pomme, occupant la paroi postérieure de la région pylorique et envahissant la petite et la grande courbure. Le pylore n'est pas tout à fait sténosé mais envahi sur une grande moitié par la tumeur. Nombreux ganglions mésentériques et juxta cardiaques. Dissémination carcinomateuse tout autour du pylore. Gastro-entérostomie au bouton de Murphy.

Quinze jours après l'opération, le malade est repris de vomissements, en même temps il accuse des douleurs abdominales fortes et généralisées et il n'a pas de selles. Augmentation rapide du volume de la tumeur qui envahit tout l'épigastre.

25 novembre. — Petit ganglion sus-claviculaire gauche très dur, cachexie progressive et mort le 9 décembre.

AUTOPSIE. — *Poumons*. — A chaque base un petit noyau cancéreux gros comme une cerise.

Intestins. — Englobés par des adhérences. On tombe sur une masse solide s'étendant jusqu'à la rate à gauche, tenant partiellement au foie à droite. *Colon transverse*, solidement attaché à la tumeur qui semble consister surtout en épiploon et ganglions. A la

section du colon on constate une *sténose* où le doigt peut à peine pénétrer. Les anses jéjunales et duodénales sont attachées à la tumeur et coudées ; les anses iléales adhèrent entre elles et sont parsemées de petits noyaux cancéreux, de même que le cul-de sac de Douglas, la vessie et la face inférieure du diaphragme.

L'estomac, repoussé à gauche et en haut, adhère à la rate et au diaphragme. Il est fortement dilaté et rempli de masses grises à gros grains, semi-liquides, fécaloïdes. Le pylore caché sous le foie est perméable à une bougie. Vers le milieu de l'estomac, au voisinage de la grande courbure se trouve la bouche de gastro-entérostomie ; elle est perméable au doigt. Entre elle et le pylore se trouve une tumeur, large comme une soucoupe, s'étendant jusqu'à la petite courbure ; ses bords sont irréguliers avec des érosions profondes, le fond est noir. Au-dessous de cette ulcération se trouve une masse de la grosseur d'une tête d'enfant, adhérent au pancréas et atteignant la colonne vertébrale. En arrière, la tumeur a un aspect irrégulier et on trouve des ganglions lymphatiques. On ne peut isoler que la queue du *pancréas*, le reste fait partie de la masse.

Foie adhérent à la tumeur. A la surface du foie, métastases grosses comme une cerise, jaunes à la coupe. Pas d'autres métastases dans le foie. Cholédoque perméable.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Cancer mucoïde.

Observation III (ANNING). — *Cancer du pylore chez un jeune homme de 19 ans.*

Je vis le malade pour la première fois en juillet 1904, il était au lit et se plaignait de douleurs de l'estomac et de vomissement. La maladie avait débuté huit mois auparavant. Il y a sept ans, il reçut un coup de pied de cheval dans la région de l'estomac. Les symptômes qu'il décrivait étaient ceux de la gastrite chronique : douleurs dans l'épigastre et de l'hypochondre gauche, irradiant dans l'épaule gauche : anorexie ; lassitude ; diminution de poids et vomissements fréquents. La douleur était toujours provoquée ou aggravée par l'alimentation, et elle durait habituellement trois heures au plus.

Seul le décubitus dorsal sur une table atténuait un peu son

intense souffrance, et pendant 3 heures chaque jour il gardait cette position. Les vomissements étaient survenus dix semaines après le début de la maladie et ils étaient maintenant quotidiens. Au début, ils avaient lieu vers le milieu de la journée après le déjeuner ; mais par la suite, ils se produisirent dans la soirée. Pas d'hématémèse. Sous l'influence d'un repos au lit de quinze jours, les vomissements deviennent moins fréquents et la douleur diminue d'intensité.

EXAMEN. — Malade émacié et anémique. Il y a dans l'abdomen plusieurs masses dures situées au voisinage de l'ombilic dans la région épigastrique. Ces masses sont petites, isolées les unes des autres et mobiles dans le sens vertical pendant la respiration. On ne peut sentir le pylore, mais l'estomac est fortement dilaté. Les masses paraissent occuper la grande courbure ; l'insufflation de l'estomac le montre clairement ; on pense qu'il s'agit de ganglions. Aucune autre tumeur dans le ventre.

Le malade souffrait beaucoup et s'amaigrissait rapidement. Il perdit 6 kil. 350 pendant sa maladie. Un bruit de souffle bien caractérisé s'entendait à la base du cœur.

Les vomissements consistaient en aliments mal digérés et en matières sûres. Pas de sang. Présence d'HCl libre à deux examens successifs.

Le lendemain on demanda à M. Littlewood d'examiner le malade en vue d'une opération. Nous fûmes d'accord pour localiser le diagnostic entre : 1° un ulcère gastrique chronique avec sténose pylorique et simple adénopathie inflammatoire ; 2° des ganglions tuberculeux ; ou 3° une tumeur maligne.

Trois jours plus tard, M. Littlewood fit une laparotomie. Le pylore était caché sous le lobe gauche du foie et maintenu en cette position par de solides adhérences ; il présentait une masse plus grosse que le poing d'un enfant. L'épiploon gastro-hépatique était envahi par de volumineux ganglions indurés. Envahissement des ganglions de la petite courbure. Masses ganglionnaires sur la grande courbure. Le point de départ du néoplasme paraissait être la petite courbure. On pratiqua une gastro-entérostomie postérieure.

Pas d'incident post-opératoire. A la fin de la semaine, le malade commence à manger de petites quantités de nourriture solide. Il se lève le 17^e jour. Depuis ce jour jusqu'à un mois avant sa mort (qui

se produisit huit mois après l'opération), il ne se ressentit de rien ; il se réjouissait de la complète disparition de tous les symptômes antérieurs et pouvait manger de tout, même des radis ; il n'a pas eu un seul vomissement. Pas de douleurs.

Trois mois après l'opération, on sent des tumeurs secondaires dans le foie dont le bord antérieur atteignit bientôt l'épine iliaque antéro-supérieure.

L'ascite et l'œdème des pieds apparurent et l'obligèrent à garder le lit pendant le dernier mois de sa vie. La dernière semaine il se plaignit de gêne de la déglutition et ne put avaler que des liquides. A ce moment il y avait de la glycosurie. Cachexie progressive et mort.

AUTOPSIE. — Région pylorique de l'estomac adhérente à la paroi abdominale antérieure et à la face inférieure du lobe gauche du foie. La tumeur avait envahi la petite courbure et s'arrêtait à un demi pouce de l'œsophage. Sur la grande courbure elle n'avait pas atteint le niveau de la bouche de gastro-enterostomie. Carcinomatose généralisée du péritoine et nombreux noyaux secondaires dans le foie et la tête du pancréas et dans les ganglions lymphatiques intimement annexés à cet organe.

La bouche de gastro-entérostomie est restée perméable.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Carcinome squirrheux.

Observation IV (inédite. J.-Ch. Roux).

M. ., 22 ans, marchande de vins. — Ni antécédents héréditaires ni antécédents personnels. Vient pour la première fois à la consultation spéciale de l'hôpital Saint-Antoine le 25 avril 1910. Elle se plaint de l'estomac depuis un an environ, et accuse des crampes siégeant au creux épigastrique ; quelquefois ce sont des douleurs assez intenses mais supportables. Ces douleurs apparaissent régulièrement chaque jour avec un horaire assez fixe ; elles se produisent deux heures après le petit déjeuner, puis dans le courant de l'après-midi, quatre heures après le repas de midi. La malade n'a jamais souffert la nuit. Elle n'a pas de sensibilité épigastrique au moment des douleurs, et elle est calmée par l'alimentation. Pas de vomissements pendant toute cette période. Pas de constipation.

Elle est accouchée il y a deux mois et demi et *n'avait pas vomé pendant sa grossesse.*

Depuis l'accouchement, les douleurs épigastriques sont beaucoup plus *intenses*, elles obligent la malade à rester couchée. Par contre, leur horaire est moins net mais elles apparaissent maintenant la nuit ; presque chaque jour la malade est réveillée vers minuit. De plus, elle vomit très fréquemment (quelquefois 20 vomissements par jour). Ces vomissements ne soulagent pas la douleur ; ils sont alimentaires et muqueux et renferment souvent du sang noir marc de café. *Intestin*, selle quotidienne sans laxatif. La malade n'a pas regardé ses selles et l'on ne peut savoir s'il y a eu du *melæna*.

ETAT ACTUEL (25 avril 1910). — Poids 46 kg. 500 (aurait maigri de 6 kg.). La malade ne mange presque plus ; elle n'a pas d'appétit, mais restreint surtout son alimentation pour ne pas souffrir. Pas de dégoût électif.

Les douleurs sont continues, sans horaire, semblant cependant subir une exaspération tardive.

Les vomissements qui se produisent assez régulièrement tous les cinq jours seraient de un demi litre chaque fois.

EXAMEN. — Sur la face antérieure de l'estomac on sent une masse indurée, sensible à la pression. Pas de bruit de flot actuel. Exostose sur une côte.

Régime : lait Lepelletier, repos au lit.

29 avril 1910. — Poids : 46 kg. Elle a maigri de 500 gr. en quatre jours. Elle a eu de la diarrhée, on la met au régime lacté (lait ordinaire et lait Lepelletier).

2 mai. — La malade entre dans le service de M. Albert Mathieu, et elle est passée en chirurgie.

44 mai. — OPÉRATION. — Laparotomie médiane sus-ombilicale. Dès qu'on tombe sur l'estomac on constate que le pylore très induré et augmenté de volume, est envahi par un néoplasme qui a d'autre part envahi et infiltré les parois de l'estomac sur une très grande étendue. Des adhérences reliaient l'estomac au foie et au pancréas. On trouve des ganglions en apparence néoplasiques jusqu'au niveau de la racine du mésentère. On hésite à faire une gastro-entérostomie mais on y renonce parce que l'abouchement

de l'anse intestinale ne pourrait se faire qu'en tissu déjà envahi. Un petit prolongement néoplasique situé à la racine du mésentère est prélevé pour l'examen histologique (cet examen n'a pas été fait)

16 juin. — 43 kg. 900. Amaigrissement de 2 kg. L'état général baisse. Les douleurs sont fortes. On met la malade au chlorate de soude. Elle n'a pas été revue ultérieurement.

Observation V (Personnelle).

Marthe B . . , 24 ans, journalière, entrée à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Mathieu, le 30 janvier 1912. Rien de particulier à signaler dans les antécédents héréditaires et personnels.

Début des troubles gastriques il y a trois ans. A cette époque, la malade se plaint de douleurs siégeant au creux épigastrique. Ce sont plutôt des tiraillements et des crampes survenant trois ou quatre heures après les repas ; les crampes n'étaient jamais très violentes et elles étaient toujours soulagées par l'ingestion d'aliments.

Immédiatement après les repas, survenait un gonflement épigastrique, suivi de renvois assez fréquents, espacés. Jamais de vomissements.

Constipation assez marquée : une selle tous les deux jours en moyenne.

Dès le début, la malade est venue à la consultation. On lui prescrivit des alcalins et on la mit à un régime comprenant pâtes, purées, œufs, viande grillée.

Elle a suivi ce régime une quinzaine de jours. Se sentant très améliorée et n'ayant plus de douleurs, elle cesse le régime.

Pendant trois ans, elle reste tout à fait bien portante. Il y a un mois et demi, à la suite d'inquiétudes, la malade se sent très fatiguée et plus nerveuse que d'habitude, elle a des crises de larmes, de l'insomnie, des crampes dans les jambes. En même temps, elle est reprise de douleurs gastriques beaucoup *plus vives* qu'autrefois. Ce sont de véritables brûlures siégeant au creux épigastrique et survenant un quart d'heure ou une demi-heure après l'ingestion des aliments. Ces brûlures sont tolérables mais elles s'accompagnent d'une sensibilité épigastrique constante à la pression.

Nausées fréquentes. Au moment des douleurs, la malade a presque tous les jours des régurgitations. Elle rend une gorgée des aliments qu'elle vient de prendre.

Constipation très marquée, reste trois ou quatre jours sans aller à la selle. Jamais de débâcle diarrhéique. Appétit conservé, mais la malade a réduit un peu son alimentation de peur d'avoir des vomissements. Léger amaigrissement.

EXAMEN le 31 janvier. — Sensibilité épigastrique très vive, immédiatement au-dessous du bord du foie. Il semble qu'on sente à ce niveau une masse roulant sous le doigt.

Foie gros, déborde le rebord des fausses côtes.

Espace de Traube un peu étendu.

Urines : ni albumine, ni sucre.

Poids : 47 kg.

Examen radioscopique. — La malade est examinée debout. Le palper fait constater sur la ligne médiane, à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, une induration transversalement située, de la grosseur du petit doigt. Cette induration est douloureuse. L'ingestion d'un lait de bismuth (250 cc.) montre un estomac en crochet dont le pôle inférieur descend à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. En combinant la palpation à l'examen radioscopique, on constate que l'induration correspond à la petite courbure.

Quand on abaisse ou quand on élève cette induration, on voit s'abaisser ou s'élever la ligne noire de bismuth. Quand la malade fait ventre creux, on constate l'élévation simultanée de la petite courbure et de l'induration palpable.

Cet examen fut pratiqué vers dix heures du matin. A cinq heures du soir, un nouvel examen révèle la présence de bismuth dans l'estomac.

3 février. — La malade ne souffre pas. On voit au creux épigastrique, à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, une saillie arrondie, de la largeur d'un doigt, indurée, de consistance irrégulière, lobulée. Elle se continue à droite et un peu au-dessous, au niveau d'une ligne horizontale passant par l'ombilic. Par moments, cette induration devient beaucoup plus saillante et on la sent alors beaucoup mieux.

Weber négatif.

5 février. — Pas de douleur.

Repas d'épreuve : Repas d'Ewald sans lavage préalable, extraction au bout d'une heure d'un échantillon de 115 cc. d'une bouillie un peu épaisse contenant de nombreux débris de pain bien divisés, et beaucoup de mucus, la couleur est normale.

Examen qualitatif ;

Vert brillant : Réaction immédiate faiblement positive.

— Décoloration faible après quelques heures.

Gunsbourg : 0.

Acide lactique : Réaction positive.

Peptone : Réaction positive.

Examen quantitatif en milligr. d'HCl % :

A = 124	H + C = 146
T = 278	F = 134
H = 0	T
C = 146	F̄ = 2,1.

Concentration = 0,105.

8 février. — Pas de douleurs gastriques. Temp. : = 38°5 (cette élévation s'explique par la présence d'une amygdalite cryptique). Poids 45 kg.

9 février. — La malade se plaint de céphalée très intense au niveau des tempes Pas de douleurs gastriques. Pas de vomissements.

Régime : potages ; œufs.

Chlorate de soude : 6 gr. par 24 heures.

12 février. — Un vomissement hier après avoir pris un potage.

14 — La malade a beaucoup souffert hier après-midi et dans le courant de la nuit. Il existe ce matin une douleur très vive au niveau de l'induration signalée plus haut.

Régime lacté. Codéine : huit centigrammes par 24 heures.

16 février. — La malade ne souffre.

Poids : 44 kg. 500.

21 — *Examen radioscopique*. — Après ingestion de lait de bismuth, on aperçoit une encoche sur la grande courbure dans la région voisine du pylore.

L'estomac est très mobile.

Dix-huit heures plus tard, il n'y a plus de bismuth dans l'estomac.

22 février. — Une selle contenant du bismuth.

27 — Poids : 44 kg. 400.

4 mars. — La malade se plaint de céphalée ; elle a des nuages devant les yeux.

7 mars. — La céphalée ayant continué, on administre un lavement contenant 1 gr. d'antipyrine. Selles légèrement albumineuses.

9 mars. — Points de sciaticque nets au niveau de la fesse et à la face postérieure du mollet. Assez forte proportion d'albumine dans l'urine expliquant probablement les maux de tête, les vertiges et les nuages devant les yeux dont se plaignait la malade depuis deux jours.

7 mai. — La malade, qui était partie chez elle, revient dans le service ; elle se plaint surtout d'une violente céphalée. On lui fait faire une piqure de morphine.

13 mai. — Persistance de la céphalée. On fait une ponction lombaire qui amène un soulagement momentané.

15 mai. — Depuis que l'on fait des piqures de morphine, la malade vomit dès qu'elle essaie de s'alimenter. On sent des tumeurs multiples superficielles dans l'abdomen, tumeurs qui paraissent mobiles et dures. Une de ces tumeurs, du volume approximatif d'une mandarine, siège un peu au dessus et à droite de l'ombilic et fait corps avec le foie.

Vers le 20 mai apparaît du subictère avec démangeaisons. L'ictère s'accroît les jours suivants et la palpation fait constater des noyaux irréguliers sur le foie.

Cachexie progressive et mort le 10 juin.

AUTOPSIE le 11 juin 1911. — L'abdomen ouvert, pas d'ascite, pas de ganglions mésentériques.

Foie énorme, renfermant de gros noyau secondaires affleurant à la surface, légèrement ombiliqués, assez vasculaires, du volume d'un marron. A la coupe le foie est farci de gros noyaux variant de la grosseur d'un marron à celle d'une mandarine, de consis-

tance très molle ; la section de ces noyaux est blanc rosé ; un suc abondant s'écoule à la coupe ; forte saillie des noyaux après incision.

Le foie étant soulevé, on aperçoit l'estomac qui est nettement cancérisé au niveau de la région pylorique. Il est petit, vide, encadré par deux énormes amas ganglionnaires, l'un qui transparait sous le petit épiploon et le voile péritonéal de l'arrière cavité est sus pancréatique, l'autre entoure la tête du pancréas et rejoint sous le péritoine le groupe rétro pylorique. Cancer en plaque de l'entonnoir prépylorique ; dégénérescence colloïde des bords.

Poids des différents organes. — Foie, 1,900 gr. ; cœur, 220 gr. ; poumon droit, 340 gr. (congestion de la base) ; poumon gauche, 120 gr. ; masse ganglionnaire péripancréatique, 330 gr.

EXAMEN HISTOLOGIQUE (François Moutier). — Epithélioma typique et atypique dans les zones d'envahissement. Belles formations microcystiques. Quelques plages de *dégénérescence colloïde*.

Observation IV (ZURMEYER).

Le 12 novembre 1910 nous arriva à l'Institut pathologique de Wursbourg, le cadavre d'une jeune fille de 24 ans, chez laquelle on trouva un néoplasme gastrique fortement ulcéré. Voici l'histoire de la maladie telle que nous la donna M. Leube.

Pas d'antécédents familiaux. N'a jamais été sérieusement malade.

Depuis environ six semaines point de côté gauche. Toux, inappétence, sensation de lassitude et palpitations après le moindre effort. La malade aurait eu en outre un peu de fièvre. Règles régulières, suspendues actuellement depuis six semaines Selles régulières.

ETAT A L'ENTRÉE. — Malade d'aspect cachectique. Sans ganglions et sans œdème.

Appareil respiratoire. — Respiration assez rude aux 2 sommets en arrière. Pas de bruits adventices. A droite et en arrière submatité, souffle à timbre bronchique, mais pas de modification des vibrations.

Cœur. — Forte tachycardie. Léger élargissement de la matité cardiaque à droite ; le choc de la pointe est perçu en dehors de la ligne mamelonnaire gauche.

Abdomen. — Tumeur nette au-dessus de l'ombilic, paraissant appartenir au foie. Pas d'ascite appréciable. *Foie* fortement hypertrophié descendant jusqu'à l'ombilic ; il est dur, et l'on sent à son bord inférieur une tumeur nettement palpable en forme de boudin. Temp. rectale : 39°3. P. : 108. Urines : ni albumine ni sucre.

Rayons X : Aux deux sommets légère ombre, surtout à droite. Le diaphragme droit est nettement plus haut que le gauche ; il est repoussé en haut par le foie hypertrophié. Le poumon droit s'abaisse moins que le poumon gauche. Pas de pleurésie.

Orthodiagramme : Cœur repoussé un peu en haut et à gauche par la situation élevée du foie. Son diamètre n'est pas facile à apprécier.

27 octobre. — L'examen du sang donne 35 % d'hémoglobine, leucocytes 16,000. Wassermann positif. Ophtalmo-réaction de Pirquet négative.

Les selles contiennent beaucoup de mucus. Pas de sang.

Repas d'épreuve : Résidu mal digéré H = 0,09 %. A = 0,18 %. Pas d'acide lactique. Présence de lab. et pepsine.

3 novembre. — Les jours précédents, on avait prescrit 0 g. 05 par 24 heures de poudre de feuilles de digitale. Après dix-sept prises de digitale (17 centigr.), le malade est pris de vomissements. Le poulx est meilleur mais encore faible. Un souffle systolique s'entend au cœur. Quantité d'urine : 600 cc. contenant de l'albumine.

La tuméfaction du bord inférieur du foie est moins nette comme limite mais cependant plus superficielle. Pas d'ascite, mais douleurs dans les deux jambes avec sensibilité limitée à la pression, sans rougeur.

4 novembre. — Matité à la base droite. La ponction exploratrice donne un peu de liquide séreux. A gauche, il y a des râles ; les sommets sont libres.

Le foie présente des indurations disséminées et circonscrites, surtout au niveau du lobe gauche où il existe une tumeur en forme

de cordon. Pas d'ascite ; le foie est plus hypertrophié en haut qu'en bas ; la matité atteint la troisième côte.

Augmentation de la matité cardiaque et légère accentuation du second bruit pulmonaire.

Rate augmentée de volume à la percussion. Il est probable que le lobe gauche du foie entoure la rate. L'idée d'une dégénérescence amyloïde écartée, le diagnostic se pose entre tumeur hépatique, sarcome, syphilis et kyste hydatique multiloculaire.

7 novembre. — On considère comme vraisemblable le diagnostic de cancer du foie avec métastase pleurale et myocardite cachectique. Mais peut-être tout est-il fonction de la myocardite et s'agit-il de phénomènes de stase dans un foie déformé par la syphilis.

10 novembre. — Après un accès de toux, le malade rejette brusquement du sang rouge, clair et spumeux (infarctus pulmonaire. Plus tard, selle mélanique.

11 novembre. — Nouvelle hémorragie intestinale. L'urine est albumineuse et contient beaucoup de cylindres hyalins et quelques cylindres épithéliaux. Agonie et mort à 4 heures du matin, le 12 novembre.

L'AUTOPSIE faite par M. le Prof^r Kretz donna les résultats suivants :

Thorax : Plèvre droite 200 cc. de sérosité. Plèvre gauche 50 cc. hypostase pulmonaire. Sérosité claire dans le péricarde. Cœur petit, valvules souples.

Sur les deux surfaces du diaphragme noyaux isolés et groupés d'une néoformation blanche et dure, qui disparaissent vers le centre tendineux.

Ganglions bronchiques gauches : Quelques foyers blancs. Le tissu médiastinal postérieur est œdémateux.

Le canal thoracique est libre d'infiltration néoplasique.

Cavité abdominale : Deux litres de liquide libre.

Cul-de-sac de Douglas : Mêmes modifications que sur le diaphragme.

La partie supérieure du ventre est remplie par un foie augmenté de volume, par un estomac grand et par une rate hypertrophiée. L'intestin est peu dilaté. Epiploon rétracté à gauche en faisceaux larges comme la main, recouvrant librement l'intestin à droite.

Le foie, surtout dans son lobe droit est très hypertrophié allant de la troisième côte à la hauteur de l'ombilic ; la capsule est tendue et à travers elle apparaissent une série de noyaux, gros et petits, blancs et durs et qui sont en partie cupuliformes.

A la coupe, le parenchyme est brun jaune clair, farci de noyaux grands et petits, se condensant souvent en une néoformation donnant beaucoup de suc à la section. Ces noyaux, au nombre d'environ deux douzaines dans la coupe principale à travers l'organe, varient de la grosseur d'une pomme à celle d'un petit pois et tous les grands noyaux présentent à leur centre une tache jaune. La veine cave et la veine porte sont libres ainsi que les gros canaux biliaires. Près de la veine porte se trouve quelques ganglions lymphatiques infiltrés qui, aux environs de la petite courbure de l'estomac se transforment en une chaîne de ganglions réunis par des stries blanchâtres.

Rate largement adhérente à l'estomac et au diaphragme, très hypertrophiée. La capsule de la partie inférieure et externe est plus blanche et plus dure ; le parenchyme voisin est friable, violet sale. Une coupe de la région soudée à l'estomac montre une caverne de la grosseur d'une pomme, à parois mal colorées, à demi-détruites et pulpeuses, remplie de sang coagulé. Cette caverne communique avec l'estomac par un trou de la dimension d'une pièce de 5 francs.

L'estomac contient du sang à demi-liquide. Dans la région du fundus, on trouve l'orifice de communication avec la caverne splénique. Les bords de ce trou sont tuméfiés du côté de l'estomac mais taillés à pic et détruits. Infiltration très large, blanche de la sous-muqueuse par le néoplasme, donnant du suc cancéreux à la coupe. A travers la musculuse, des trainées blanchâtres gagnent la séreuse.

Pancréas épais, jaune pâle ; parenchyme ferme, *Surrénales* assez grandes. *Reins* pâles, petits, mous.

Dans le *Douglas*, quelques petits noyaux néoplastiques. *L'ovaire droit* présente dans sa partie corticale des noyaux cancéreux gros comme des petits pois.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — On fait une coupe à travers la tumeur, coupe qui intéresse également une partie de la muqueuse voisine, en apparence saine.

Au niveau de la muqueuse, les glandes gastriques sont normales avec epithelium bien conservé; mais de place en place, elles sont écartées les unes des autres par des cellules d'infiltration leucocytaires dont un certain nombre ont des noyaux polymorphes. Au voisinage de la région cancéreuse, la muqueuse disparaît et la paroi gastrique tout entière est infiltrée d'éléments épithéliaux, tassés les uns contre les autres, très polymorphes et présentant un gros noyau clair avec structure chromatique nette et nucléole. On trouve de nombreuses figures de karyokinèse; les cellules sont tellement serrées qu'il est presque impossible de voir le stroma intermédiaire. Il s'agit d'un carcinome *médullaire*, spécialement riche en cellules, ce que permettait déjà de supposer l'aspect macroscopique, puisqu'il s'agissait d'une néoformation excessivement tendre et donnant au râclage du suc cancéreux. La minime importance des lésions d'endartérite oblitérante permet d'exclure l'hypothèse d'un ulcéro-cancer.

Observation VII (Personnelle).

L..., 26 ans, employé de commerce, entré à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. Mathieu, le 27 juin 1912. La mère du malade est morte tuberculeuse. Lui-même n'a jamais eu de maladie sérieuse. Pas de syphilis, pas d'éthylisme.

Le début de la maladie actuelle remonte à deux mois. A la suite de vives contrariétés, il commence à souffrir de l'estomac. Pendant une journée entière, il est fortement incommodé par une sensation de poids, de gêne épigastrique ayant débuté le matin. Vers dix heures et demie du soir, il vomit spontanément. Ce vomissement, évalué à un litre et demi environ, contenait le repas du midi et le repas du soir. Soulagement momentané, mais il persiste une douleur légère au creux épigastrique.

Pendant les quinze jours suivants, le malade est pris chaque après-midi, vers quatre heures, d'une douleur siégeant au creux épigastrique et n'irradiant pas (Il ne souffre pas le matin et ne souffre pas la nuit). La douleur, qui s'accompagne d'une légère hyperesthésie épigastrique, est *assez intense*, semblable à une

striction mais cependant supportable. Elle dure environ deux heures et est calmée par l'ingestion d'un morceau de pain, quelquefois d'eau de mélisse. Elle est atténuée par le décubitus dorsal et ne s'accompagne pas de vomissements.

Pendant les premiers jours, constipation assez marquée ; il ne va à la selle que tous les trois jours. Il prend alors des pilules laxatives qui régularisent ses fonctions intestinales et obtient ainsi une selle normale chaque matin.

Après le quinzième jour, les douleurs se modifient. Le matin, dès qu'il se met debout, le malade est pris d'une douleur *très intense*, ressemblant à une brûlure, que calme l'ingestion du petit déjeuner, composé de café ou de soupe aux légumes. La douleur réapparaît dans l'après-midi à des heures irrégulières, tantôt trois quarts d'heure, tantôt une, deux et même trois heures après le repas. Quand elle apparaît tard, elle est d'emblée très intense, quand elle apparaît de bonne heure, elle est d'abord très légère puis augmente peu à peu d'intensité pour atteindre son maximum vers trois heures ou trois heures et demie de l'après-midi. Elle siège toujours au creux épigastrique, mais irradie maintenant dans tout le dos, surtout entre les omoplates. S'accompagnant d'hyperesthésie épigastrique, elle est beaucoup plus intense qu'au début, ressemblant à une véritable morsure. Pour la calmer, les moyens des premiers jours ne suffisent plus ; le malade quitte son bureau, va aux cabinets et *provoque un vomissement* par l'introduction de ses doigts dans la bouche. Il vomit très peu, un verre ordinaire environ, et ce vomissement, qui ne contient pas d'aliments, est constitué par du liquide très amer, de coloration roux comme du chocolat. A la suite de ces vomissements provoqués, la douleur est moins vive et va en s'atténuant jusqu'à sept heures du soir. Le malade mange vers huit heures du soir, quelquefois il s'endort tout de suite et passe une bonne nuit ; d'autres fois (tous les soirs depuis huit jours) les douleurs s'installent avant le sommeil et il provoque un vomissement pour pouvoir dormir. Ce vomissement a les mêmes caractères que ceux que nous venons de décrire. Puis il s'endort tout de suite et passe une bonne nuit.

Enfin, depuis une quinzaine de jours, il vomit également le

matin; ayant déjeuné à sept heures du matin il provoque un vomissement vers neuf heures pour calmer ses douleurs.

Il a essayé de se faire vomir à jeun pour calmer ses brûlures mais n'a réussi qu'à se donner des nausées.

Il a beaucoup *réduit son alimentation* par crainte de souffrir et a maigri de 10 kg. S'il ne redoutait ses douleurs, il aurait bon appétit.

Toujours très nerveux, impressionnable et ennuyé par sa maladie.

EXAMEN A L'ENTRÉE. — Foie de 12 cent. Très légère sensibilité épigastrique.

Pas de liquide à jeun.

Le malade étant couché sur le côté gauche, on sent à la palpation respiratoire légère, une tumeur qui vient buter sur les doigts mais dont il est impossible d'apprécier exactement la forme et les dimensions.

Repas d'épreuve. — Repas d'Ewald sans lavage préalable. Extraction au bout d'une heure. Echantillon de 105 cc. Bouillie épaisse. Débris de pain bien divisés. Mucus abondant. Coloration jaune due à des pigments biliaires.

Examen qualitatif. — Vert brillant : réaction négative.

R. de Gunsbourg : — —

Pas d'acide lactique. Peptone : réaction très positive.

Concentration : 0,075.

Examen quantitatif en milligrammes d'HCl ‰.

$$\begin{array}{ll} A = 73 & H + C = 80 \\ T = 299 & F = 219 \\ H = 0 & \frac{T}{F} = 1,3 \\ C = 80 & \end{array}$$

Examen radioscopique. — Estomac remarquablement petit, ne descendant qu'à deux travers de main au-dessous du diaphragme. Région cardiaque dilatée. Région pylorique et moyenne irrégulièrement diminuée de volume avec lacunes considérables. Passage rapide dans le duodénum par insuffisance pylorique.

Diagnostic radioscopique : infiltration néoplasique avec rétraction.

Pouvoir antitryptique : 1/5 à 1/6.

Traitement. — Dionine : cinq centigrammes.

Régime : lait, pâtes et purées.

10 juillet, — Le malade a été calmé par la dionine. Il ne souffre plus du tout et demande à partir. Son poids est de 58 kg. 300. Il n'a pas été revu par la suite.

Observation VIII (Paul WILLIATTE). — *Cancer volumineux du foie secondaire à un cancer du cardia chez un homme de 27 ans.*

B..., Pierre, 27 ans, détenu à la maison de détention de L..., entre à l'hôpital dans la matinée du 26 avril. Depuis environ trois mois il souffre d'une *anorexie* qui est devenue peu à peu un véritable *dégoût* pour le lait et les œufs dont on constituait son régime. Vers le commencement du mois il eut une période de diarrhée qui dura huit jours et céda à l'administration de bismuth.

Il est marié, père d'un garçon de 5 ans 1/2, bien portant, et d'une petite fille qui est décédée; la femme et les parents sont bien portants

Il y a dans son passé un séjour de 5 années en Tunisie où il avait eu dans le même temps une bronchite, de la fièvre, de la dysenterie, peut-être la jaunisse.

Il constata il y a environ un mois et demi à 2 mois l'apparition dans l'hypochondre droit d'une tumeur qui alla grossissant. Le malade paraît fortement maigri et déprimé.

La tumeur occupe actuellement dans l'hypochondre droit un espace qui va du mamelon à deux travers de doigt sous l'ombilic. Son bord supérieur passe à un travers de doigt au-dessus de l'appendice xiphoïde et suit à cette distance le bord inférieur des cartilages costaux gauches; son bord inférieur passe sous l'ombilic et va se terminer dans l'hypochondre gauche; il est mousse et facile à palper.

La tumeur est uniformément mate et présente au palper une voussure médiane, irrégulière, occupant un espace qui va de l'ombilic à la pointe de l'appendice xiphoïde et s'étend irrégulièrement

sur les côtés. Cette tumeur paraît au phonendoscope distincte du reste de la masse.

Il existe deux endroits particulièrement douloureux, l'un vers le bord inférieur sur la ligne mamelonnaire droite, l'autre dans l'hypochondre gauche.

Pas de signes pleuraux, la matité remonte très haut en arrière et il n'existe dans cette zone ni bruits pulmonaires, ni souffle.

M. Desplats ne note pas de splénomégalie. L'examen du sang donne :

Globules rouges	: 2.814.000.
Globules blanches	: 22 165.
Polynucléaires.....	80
Lymphocytes.....	6
Mononucléaires.....	13
Eosinophiles.....	1

Aucune trace même de subictère. Les urines ne renferment pas de traces de pigments biliaires ; l'examen soigneusement fait dans le laboratoire de toxicologie donne 32 g. 06 d'urée par litre.

Température du soir, 37°5.

27 avril. — M. Desplats fait faire au malade 150 gr. de sérum artificiel et on observe dans la soirée plusieurs abondantes selles selles méléniques. La pression artérielle le soir était de 7 cm. de Hg. au sphygmomanomètre de Potain, la température : 37°2.

Le malade présentait aussi et a continué à présenter les jours suivants un suintement nasal sanguin se coagulant parfois en croûtes assez volumineuses.

Jusqu'au 30 avril, on fit 100 à 200 cc. de sérum par jour suivant, les besoins, et on vit remonter le bord inférieur de la tumeur de 2 travers de doigt. On note une apyrexie presque complète. L'état général restait très précaire, et la conviction se faisait de plus en plus en faveur d'un cancer.

Le 4 mai on constata encore quelques selles méléniques donnant la réaction de Meyer à la phéno-phtaléine.

M. Desplats insista encore ce jour-là sur la dureté du noyau médian, et l'absence de rénitence, fluctuation ou frémissement.

Du 4 au 14 mai, date de la mort, le malade fut atteint d'une

légère dermite de la face du côté droit, et sa température s'éleva un peu le soir. On ne nota jamais de vomissements, et on lui continua son sérum jusqu'à la fin.

A l'autopsie, faite le 16 mai par M. le Pr Augier, on trouva un cancer encéphaloïde, ulcéré, végétant, occupant tout le *pourtour du cardia* et envahissant la partie inférieure de l'œsophage.

Cancer secondaire du foie avec noyaux extrêmement nombreux et énormes, quelques-uns à centre ramolli, nécrosé, même hémorragique, le foie pesait 6 kg.

Masses ganglionnaires métastatiques volumineuses sur le bord supérieur du pancréas, le long de la colonne vertébrale, le long de l'artère mésentérique. Pas de péritonite, très peu de liquide d'ascite, d'ailleurs la veine cave inférieure et la veine porte étaient perméables. La vésicule biliaire était rétractée, presque vide, à parois souples.

Reins pâles, lisses, à capsule mince. Rate grosse, molle, diffluente. Cœur flasque et dilaté, aorte petite et sans athérome. Pleurite aiguë bilatérale aux bases. Il existait un exsudat fibrineux épais, par places : pas de noyaux de tuberculose pulmonaire apparents.

REMARQUES. — Il nous a paru inutile de noter l'évolution si rapide chez un homme d'un âge si peu avancé, de lésions de cette importance.

La cachexie profonde qui accompagnait la tumeur et les caractères particuliers de celle-ci permirent de faire le diagnostic.

Ce qu'il y a aussi de curieux à noter, c'est le peu de signes ; en somme, il n'y eut que les melènas qui traduisirent l'existence d'un volumineux cancer du cardia.

Enfin, si le foie est fabricant d'urée, il fallait qu'il fut bien suppléé ou que les portions du parenchyme sain eussent une activité remarquable, puisque l'urine du malade renfermait 32 gr. 06 d'urée par litre

Observation IX (résumée) (MAUCLAIRE). — *Forme lente du cancer pylorique.* — Apparition de la tumeur en février 1898. — Gastro-enterostomie postérieure le 15 mai 1898. — Pylorectomie le 21 février 1901. — Gastro-entérostomie antérieure le 17 janvier 1903. — Mort fin avril 1903.

Elodie M. ., âgée de 27 ans, s'aperçut en 1896 que ses digestions devenaient difficiles. Puis des vomissements survinrent après les repas, ils étaient précédés d'une sensation de brûlure *très douloureuse* au niveau de la région épigastrique. Ces vomissements étaient, soit bilieux, soit alimentaires.

Il y a 2 mois, en février 1898, la malade constata l'existence d'une tumeur paraombilicale. On comprend que dans ces conditions, la malade devint d'une maigreur extrême.

A son entrée à l'hôpital Necker en mai 1898, les vomissements présentent les mêmes caractères, sont plus fréquents la nuit que le jour. La paroi abdominale est soulevée dans la région épigastrique, et la palpation montre l'existence d'une tumeur du volume du poing, assez mobile transversalement et transmettant les battements de l'aorte. L'examen de la tumeur détermine des douleurs assez vives qui s'irradient jusque vers le thorax. Un point douloureux très net existe au niveau du rachis vers la 10^e vertèbre dorsale.

OPÉRATION le 21 mai 1898. — Dès l'ouverture de l'abdomen, on voit la région pylorique occupée par une tumeur intra-gastrique de la grosseur du poing. La surface séreuse du péritoine est normale, sans adhérences. Approximativement, cette tumeur occupait le quart ou le tiers de l'estomac. Le reste de l'organe est sain. Pas de ganglions le long de la petite courbure, la tumeur est assez mobile. L'état général de la malade empêche de faire une pylorectomie, et l'on fait une gastro-entérostomie postérieure.

Augmentation de 9 kg. en un mois.

A cette époque, la palpation de la région pylorique permet de constater la disparition presque complète de la tumeur.

La malade est revue 2 mois, puis 5 mois plus tard, par son

médecin : la pression au niveau de la région pylorique était encore un peu douloureuse, mais il n'y avait plus de tumeur appréciable à la palpation.

L'observation fut alors publiée à la Société de chirurgie avec un rapport de M. Hartmann (3 mai 1899).

La malade reprit sa profession de cuisinière et alla très bien pendant 18 mois. En novembre 1900 survinrent de nouveau des vomissements bientôt incoercibles ; l'état général s'altéra. A la palpation je sentis de nouveau la tumeur pylorique, grâce à l'amaigrissement de la malade. Je soumis celle-ci à tout espèce de traitement médical, mais sans succès, et pensai à l'envahissement de la bouche jéjuno stomacale par l'induration gastrique.

OPÉRATION le 21 février 1901. — La bouche de gastro-entérostomie n'est pas envahie. La tumeur pylorique existe toujours ; c'est une induration énorme de toutes les parois stomacales, commençant au tiers droit de l'estomac, occupant les deux faces et gagnant presque toute la première portion du duodénum. Il n'y a pas d'adhérences prépyloriques, la surface péritonéale du pylore est absolument lisse.

On pense que la tumeur peut comprimer la bouche de gastro-entérostomie et l'on fait une *pylorectomie* qui comprend le vestibule pylorique, le pylore et 3 cent. d duodénum. A la section des parois gastriques, on voit qu'elles sont indurées, cartonnées, sans fongosités visibles à la surface de la muqueuse. L'épaississement de la paroi porte surtout sur la sous-muqueuse. Coloration blanc-grisâtre de la surface de section qui fait penser à la limite plastique.

Disparition des vomissements. Augmentation de poids, la malade reprend ses occupations.

En décembre 1902, les vomissements réapparaissent, progressivement incoercibles, et la malade maigrit à nouveau.

L'examen de l'estomac montre un résidu stomacal abondant.

3^e OPÉRATION. — La bouche de gastro-entérostomie est envahie, un semis de granulations néoplasiques se voit à la surface des anses grêles et sur la face antérieure de ce qui reste d'estomac.
Gastro-entérostomie antérieure.

La malade meurt fin avril 1903, cachectique, avec des souffrances abdominales très vives.

L'examen de la pièce opératoire fut fait par M. Cunéo (On en trouvera le compte rendu dans les bulletins de la Société anatomique, octobre 1901). Il s'agissait d'un *cancer colloïde*.

Dans une des coupes, « on constate avec la plus grande netteté des traînées épithéliales. En certains points celles-ci offrent l'aspect du cancer colloïde. »

Ganglions : « Trois ganglions ont été examinés ; deux d'entre eux ne présentaient que des lésions de nature inflammatoire. Par contre, le troisième nous a paru contenir des amas de cellules épithéliales. »

Observation X (LA MOUCHE)

Le 25 mars 1905, entre salle J.-B. Morlot, la nommée Marie V..., âgée de 27 ans, qui souffre de l'estomac depuis le mois d'octobre 1904. Pas d'antécédents. Elle raconte qu'antérieurement à son entrée, elle avait à l'estomac des *douleurs paroxystiques* suivies de vomissements qui amenaient la sédation des douleurs. Elle les compare à des crampes violentes occupant surtout le creux épigastrique, mais n'accuse à aucun moment ni brûlure, ni sensation de transfixion. Le confrère qui l'a vue l'a mise sans résultat à diverses poudres, au charbon, au bicarbonate de soude qui ne lui ont produit aucun effet ; seule l'infusion de camomille l'a quelque peu soulagée à un moment donné. Il est très difficile d'avoir de la malade des renseignements précis ; elle répond très inexactement aux questions qu'on lui pose, mais on apprend cependant qu'elle a eu de petites hématomèses, que la diarrhée fétide qu'elle présente continuellement depuis le début de sa maladie a quelquefois été noirâtre, que ses vomissements étaient seulement alimentaires et qu'elle ne vomissait pas quand elle ne prenait rien. Cette malade ne paraît pas très amaigrie et présente plutôt l'aspect d'une chloro-anémique, dont la décoloration pourrait être mise sur le compte du manque de nourriture, cette femme *refusant systématiquement* toute nourriture pour éviter souffrances et vomissements. Elle

présente de plus les stigmates d'un nervosisme accentué : plaques d'anesthésie, zones d'hyperesthésie ovarienne.

L'examen local de cet estomac est des plus difficiles ; la malade réagit très violemment à chaque tentative et contracte vigoureusement ses grands droits. Le palper, qui est pratiqué à plusieurs reprises, ne permet pas de déceler la moindre tumeur. Il montre cependant un estomac qui paraît dilaté, basculé, sa limite inférieure atteignant dans l'hypochondre gauche deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

L'examen de l'abdomen et des autres organes ne révèle rien d'anormal.

Au commencement du mois d'avril, les douleurs stomacales n'ont pas changé ; elles sont devenues cependant intermittentes ainsi que les vomissements, la malade souffrant infiniment moins à certaines périodes pendant lesquelles elle ne vomit pas, puis sans cause apparente, rentrant brusquement dans les douleurs et l'intolérance gastrique. A un moment donné, on met la malade à la diète absolue, on l'alimente par des lavements d'eau et des lavements alimentaires ; on ne laisse rien entrer dans son estomac et tout rentre dans l'ordre. Dès qu'on essaie de l'alimenter à nouveau, les douleurs et les vomissements réapparaissent. Injections de sérum ; des compresses chaudes amènent une légère sédation d'ailleurs sans durée. On engage à plusieurs reprises la malade à se laisser opérer, mais à chaque tentative, elle oppose un énergique refus.

Température toujours normale, rien dans les urines, pas d'œdèmes.

L'état général de la malade ne fait que s'aggraver ; sans maigrir beaucoup, elle se décolore de plus en plus et prend la teinte un peu jaune paille ; elle présente toujours par intermittence des phénomènes de rétention et d'intolérance, sa diarrhée fétide continue et elle meurt le 21 avril dans un état d'asthénie des plus accentués. Pendant toute la durée de son séjour dans le service, elle n'a présenté qu'une fois une légère hématomèse et jamais de méléna.

A l'autopsie on trouve un estomac dilaté et basculé dans l'hypochondre gauche, et l'on sent au niveau du pylore une tumeur qui,

l'estomac une fois ouvert, se présente sous la forme d'un champignon blanc-grisâtre, de même teinte que la muqueuse pédiculé, un peu plus large qu'une pièce de cinq francs. Le champignon est exactement implanté dans l'autre prépylorique et très mobile sur son pédicule. Le scalpel l'entame facilement et la tranche de section blanchâtre ne laisse sourdre aucun liquide. Le pylore est normal et perméable ; le reste de l'estomac ne présente macroscopiquement rien de particulier. Pas de ganglions. Rien ailleurs ; tous les autres organes sont sains.

L'examen microscopique montre que l'on est en présence d'un adénome polypeux à cellules normales ; car la membrane basale n'est pas envahie non plus que la musculaire mucosæ.

Observation XI (personnelle). — *Cancer sténosant du pylore avec généralisation abdominale chez une femme de 28 ans. — Longue durée de l'évolution (3 ans 1/2). — Gastro-entérostomie. — Survie de 6 mois.*

Mme S. . . , âgée de 28 ans, lingère, entrée à l'hôpital St-Antoine le 6 juillet 1911.

Père mort tuberculeux.

A eu pour ami un syphilitique avec lequel elle a vécu 3 ans. Mais elle n'a jamais présenté d'accidents et on ne trouve sur elle aucun stigmate de syphilis.

La malade se plaint de l'estomac depuis environ 3 ans (douleurs épigastriques). Les repas à cette époque étaient très irréguliers ; elle restait souvent sans manger de 8 heures du matin à 9 heures du soir ; elle absorbait en revanche une grande quantité de bière et de café (4 tasses environ de café très fort dans la journée).

Les douleurs siégeaient au creux épigastrique et survenaient progressivement vers midi. C'était, au dire de la malade, un tiraillement qui durait une heure environ et ne se calmait que par une ingestion quelconque. Les repas étaient pris très rapidement et environ 2 heures après se produisaient de nouveaux tiraillements que la chaleur faisait disparaître.

Mme S . . dut renoncer à son métier dont elle incriminait la

fatigue excessive. Elle reste au repos chez elle pendant deux ans, régularise l'horaire de ses repas et sur les conseils de son médecin supprime le café et diminue la bière.

Cependant elle continue à souffrir. La douleur apparaît comme précédemment, deux heures environ après les repas ; elle est toujours localisée à l'épigastre mais irradie maintenant dans le dos et dans les deux côtés du thorax. Pas de vomissements.

Constipation habituelle ; mais de temps à autre, une ou deux fois par semaine survient une débâcle diarrhéique ; des coliques se produisent lentement, indépendamment des heures des repas et sont suivies de selles liquides et jaunes.

Un an environ avant l'entrée, la malade fait un séjour à la campagne. Un médecin lui prescrit un régime à base de pâtes-purées, laitages, etc... Son état s'améliore sensiblement. Au retour elle se croit guérie, reprend son activité et néglige toute précaution alimentaire.

Les douleurs reprennent aussitôt, analogues à celles qui ont été précédemment décrites.

Deux mois après (en septembre 1910) les douleurs tardives deviennent tout à coup *particulièrement intenses* et la malade souffre le matin à jeun. Un jour notamment, elles s'accompagnent d'une sensation de malaise insolite, sueurs froides, pâleur, et sont suivies d'un vomissement de liquide noir (deux gorgées). Les douleurs ne sont pas calmées par ce vomissement, elles continuent aussi intenses, et le lendemain dans la soirée survient brusquement un nouveau vomissement noir d'odeur fade, dont la quantité est d'environ un demi litre.

Depuis ce moment, la malade ne s'est jamais bien portée. Aussitôt après les repas, commence un ballonnement abdominal qui la gêne beaucoup. Une ou deux heures plus tard des tiraillements abdominaux très pénibles succèdent au ballonnement. Pour obtenir un soulagement, la malade *se fait vomir* ; le moyen est très efficace, tout malaise disparaît aussitôt. Chaque vomissement provoqué est d'environ un litre, presque exclusivement liquide, il contient peu de débris alimentaires. Jamais ces vomissements n'ont été noirs, et la malade n'y a jamais remarqué d'aliments ingérés les jours pré-

cédents. Actuellement encore, chaque repas est l'occasion de vomissements ayant mêmes caractères.

De temps en temps crise de renvois fréquents.

L'appétit n'est pas diminué. Dégoût spécial pour la viande grillée, mais ce dégoût a toujours existé.

Fonctionnement intestinal normal. Ni constipation, ni diarrhée. Une selle quotidienne. L'ingestion de lait amène de la diarrhée

L'amaigrissement est de 10 kg. depuis un an.

La malade a toujours soif et boit beaucoup.

EXAMEN A L'ENTRÉE (M. Mathieu). — *Thorax étroit* : Rien au cœur. Rien au poumon.

Abdomen : Contractions péristaltiques visibles à gauche dans la région épigastrique.

On sent une tumeur à gauche de la ligne xipho-ombilicale, à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic, du volume d'une grosse noix, indolore à la pression, un peu mobile transversalement, moins mobile dans le sens vertical.

Une selle peu abondante, fétide. Réaction de Weber négative.

Les urines sont riches en phosphates. Elles ne contiennent ni sucre, ni albumine.

Traitement : Tubo-gavage.

Un tubo-gavage est fait chaque matin pendant trois jours (demi-litre de lait avec 30 gr., puis 50 gr. de poudre de viande).

Chaque jour on retrouve dans le liquide retiré à l'occasion du tubo-gavage de la poudre de viande mise le jour précédent. Ce liquide est acide au tournesol, mais la réaction du *vert brillant* est négative.

Le 11 juillet. — Diarrhée ; 15 selles liquides, jaunes dans la journée d'hier. On supprime le tubo-gavage et l'on met dans le lait 20 gr. de craie. De plus, on fait une injection sous-cutanée de un demi-milligramme de sulfate d'atropine.

L'atropine est continuée jusqu'au 17 juillet à raison de 1/2 milligr. de sulfate d'atropine par jour. La sécheresse de la gorge et quelques troubles de la vue ont empêché de prolonger le traitement. Dès le 13 juillet, les contractions péristaltiques étaient à peine visibles ; on ne les trouve plus le 17 juillet, mais il existe un gros flot à jeun.

Régime : 2 litres de lait

L'état reste stationnaire les jours suivants.

9 août. — *Examen radioscopique* (sulfate de baryte). — Estomac hypotonique dont le pôle inférieur descend à quatre travers de doigt au-dessous des crêtes iliaques. Contractions antipéristaltiques faibles. Rien ne passe dans le duodénum.

Le sulfate de baryte a été pris sans dégoût.

Les 11, 12 et 13 août, selles liquides nombreuses, de coloration claire, semblables d'après la malade à du « jaune d'œuf battu dans de l'eau ». Le 14 août, les selles ont repris la couleur normale.

Passage en chirurgie dans le service de M. Ricard.

OPÉRATION le 18 août 1911, par M. Labey. — Laparotomie sus-ombilicale. Estomac légèrement dilaté. Néoplasme pylorique (occupant la face antérieure du pylore) avec adhérences en arrière au pancréas. Envahissement du grand épiploon et du petit épiploon jusqu'à une distance assez considérable le long de la petite courbure. Gastro-entérostomie postérieure.

Dans les jours qui suivent, la température monte à 39°, mais la malade ne se plaint pas ; l'examen est négatif et la température revient rapidement à la normale.

La malade quitte l'hôpital, se sentant bien, ayant repris du poids et de l'appétit.

Le 12 février 1912, elle revient à la consultation ; elle « se porte merveilleusement » et mange de tout, même des choses très lourdes. Son état général est bon et elle a repris du poids. Mais depuis une dizaine de jours, elle accuse de vives douleurs dans le dos entre les omoplates et au niveau des régions lombaires. Elle revient dans le service le 20 février avec une diminution notable de l'appétit et fortes douleurs dorsales. Pas de vomissements depuis l'opération.

Le 24 février, on constate du subictère avec coloration foncée des urines dans lesquelles on trouve un léger nuage d'albumine et du pigment rouge brun. L'ictère s'accroît les jours suivants et le 28 février les selles sont décolorées.

Pour calmer les douleurs on donne successivement une potion à base de dionine, puis de stovaïne-morphine.

Le 4 mars, existe une rénitence au-dessus et à gauche de l'ombilic; le bord inférieur du foie, abaissé, est fort inégal et on sent des nodosités. La hauteur du foie mesurée sur la ligne mamelonnaire est de 13 cent.

Exagération des douleurs et de l'ictère, et mort le 12 mars, 6 mois $1/2$ après la gastro-entérostomie, 3 ans $1/2$ après les premiers symptômes.

AUTOPSIE, le 14 mars. — A l'ouverture de l'abdomen s'écoule environ 400 gr. d'ascite jaune foncé, bouillon de bœuf. On est aussitôt frappé par l'aspect en sablier ou mieux en 8 de chiffre de l'estomac. Le foie est largement envahi par le néoplasme tant en nodules marronnés qu'en placards diffus (au niveau du bord antérieur du lobe droit). La région de stricture gastrique est souple; le sillon est profond de 1 cent. environ, les tissus sont un peu froncés à son niveau. Hypertrophie des ganglions de la petite courbure.

Envahissement massif du pancréas et du petit épiploon: les organes, les ganglions sont noyés dans le néoplasme. Pas de carcinose miliaire.

Les ganglions mésentériques et aortiques sont envahis (ils ne dépassent pas le volume d'une noisette).

A l'ouverture de l'estomac on aperçoit un cancer en plaque de la petite courbure ayant 14 cent. de long sur 4 à 6 cent. de large, d'aspect villeux hémorragique, assez comparable à une tartine de beurre, d'une épaisseur de 6 à 12 millimètres. Pas de végétation, ni de bourrelet important. Sténose absolue du pylore, effacé, aplati au point d'être très difficile à retrouver au milieu de la plaque cancéreuse.

L'extrémité du lobe gauche du foie adhère à la petite courbure. A ce niveau et au niveau de la face postérieure de l'estomac, le bloc néoplasique gastro-hépatopancréatique a près de 10 cent. d'épaisseur.

L'aspect en 8 de chiffre persiste après ouverture de l'estomac.

Poids des viscères. — Foie : 2 kg. 500; rate : 200 gr.; rein droit : 150 gr.; rein gauche : 150 gr.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Estomac : cancer surtout typique, cylindrique.

Foie : envahissement alvéolaire avec nécrose.

Ganglions : envahissement ampullaire et atypique.

Ovaire : envahissement ampullaire et diffus. Cellules un peu modifiées, moins colorables.

Observation XII (PONCET in thèse LERICHE). — *Néoplasme pylorique*. — *Gastrectomie*. — *Eventration post-opératoire*. — *Fistule gastrique*. — *Guérison opératoire*.

Homme de 27 ans envoyé par M. Leclerc avec le diagnostic de néoplasme pylorique. Pas d'antécédents intéressants.

Il y a 18 mois, début de troubles actuels par des douleurs gastriques sourdes avec sensation de pesanteur, accompagnés de coliques abdominales sèches, calmées par une pression profonde. Dès cette époque, le malade prend lui-même l'habitude de se *faire vomir* quand la gêne est trop grande. Peu à peu les vomissements spontanés se produisent tous les deux jours environ ; parfois ce ne sont que de simples régurgitations acides brûlant l'œsophage, parfois abondantes ; le malade dit avoir souvent reconnu dans ses vomissements des aliments (carottes, etc.), ingérés la veille.

Jamais d'hématémèse, sauf une fois (?) peut-être après de grands efforts faits pour se faire vomir avec deux doigts dans la bouche. Pas de méléna. Le maximum des troubles est deux heures après le repas.

Il y a environ 3 semaines, le malade aurait eu des *contractions tétaniques* au niveau des doigts.

A l'examen, la langue est assez bonne, l'estomac n'est pas douloureux à la palpation. Il est peu dilaté ; on fait naître facilement des ondes péristaltiques dirigées de gauche à droite dont le malade se rend compte.

Dans la région pylorique, on perçoit une tumeur dure qui n'est pas retrouvée le lendemain, ni les jours suivants.

Le malade étant à jeun, on enlève à la sonde le matin une assez grande quantité de liquide résiduel avec une assez grande quantité d'aliments. Le lavage doit être longtemps prolongé pour que le

liquide ressorte sans ramener de débris alimentaires. Ces manœuvres ont d'ailleurs beaucoup lassé le malade.

Constipation opiniâtre. Rien au foie, aux poumons, ni au cœur. Rate non perçue. Nervosisme. Réflexes exagérés. Ni fièvre, ni albumine.

Ganglions inguinaux, axillaires assez gros. Petits ganglions sus-claviculaires.

2 octobre 1905. — Lavage d'estomac, le malade étant à jeun, on retrouve une assez grande quantité d'aliments. Légère acidité au tournesol. Pas de réaction de Günsbourg.

7 octobre. — Après 15 heures de jeûne, rétention très manifeste. Clapotage gastrique très net. — Ondes péristaltiques spontanées ou faciles à provoquer.

Perception d'une tumeur mobile, dure, non dépressible, à 4 travers de doigts au-dessous du rebord des fausses côtes, sur la ligne vésiculaire.

9 octobre. — On ne sent pas de tumeur, malgré un péristaltisme intense. Clapotage toujours très net.

Repas d'épreuve. — Günsbourg et Vert Brillant positifs.

A : 1,24
H : 0,73 Pas d'acide lactique.

Le malade est envoyé à la clinique.

12 octobre. — Pylorectomie (Billroth II) sans incident; l'estomac fut fermé par 3 plans au catgut, le duodénum aussi. On ne draina pas.

Incidents post opératoires (résumés) : éventration spontanée le 12^e jour, après suppuration de la paroi. Le 18^e jour, fistule gastrique qui persiste jusqu'au 15 novembre.

L'EXAMEN HISTOLOGIQUE fait sur des coupes de mon ami G. Mouriquand et contrôlé par M. Paviot a montré qu'il s'agissait d'une limite plastique néoplasique.

Fin juin 1906. — Il est en excellente santé, a repris son travail et mange de tout sans le moindre trouble.

Observation XIV (HARTMANN in thèse DÉFOSSEZ). — *Cancer du pylore. — Pyloréctomie. — Gastro-duodénostomie. — Guérison.*

Peyr . . , Victorine, 28 ans, journalière, entrée à l'hôpital d'Ivry, salle Cruveilhier, le 30 janvier 1900.

La malade a été très bien portante jusqu'en 1896. Pas de troubles gastriques. Un enfant il y a 5 ans, mort de broncho-pneumonie, elle a eu un autre enfant vivant, âgé de 2 ans 1/2.

Pendant les derniers mois de l'allaitement de sa fillette (allaitement qui a duré 18 mois) la malade souffrait de crampes d'estomac pendant une période de 8 jours chaque mois au moment des règles. Les douleurs survenaient 3 ou 4 heures après le repas de midi et duraient une demi-heure environ. Pas de vomissements ; état général satisfaisant.

Au début de 1899 une fausse couche de 5 mois survenue sans motif apparent, a beaucoup fatigué la malade. Les douleurs sont devenues plus fréquentes et la malade a maigri. Sous l'influence d'un régime spécial (lait, purées, viande) les douleurs ont disparu ; l'état général s'est amélioré et la malade a repris un peu d'embonpoint. L'amélioration n'a duré que 3 mois. La cessation du régime lacté ramène une *recrudescence des douleurs*. Jamais de vomissements. Melæna depuis octobre 1899. Soignée à Saint-Antoine dans le service du Prof^r Hayem, la malade voit ses douleurs diminuer, mais l'amaigrissement fait des progrès. A son entrée elle pesait 86 livres, 3 semaines plus tard 78 livres.

Examen gastrique, le 11 janvier 1900 dans le service du Prof^r Hayem (Carion). On ne retire pas de liquide à jeun. Repas d'épreuve :

$$\text{Après } 30' : A = 128 - H = 7 - C = 139 - H + C = 146 \\ - T = 284 - F = 138 - \frac{A - H}{C} = 0,87 - \frac{T}{F} = 2,06.$$

$$\text{Après } 60' : A = 293 - H = 117 - C = 275 - H + C = 392 \\ - T = 523 - F = 131 - \frac{A - H}{C} = 0,65 - \frac{T}{F} = 4,06.$$

$$\text{Après } 90' : A = 168 - H = 53 - C = 121 - H + C = 174 \\ - T = 320 - F = 146 - \frac{A - H}{C} = 0,95 - \frac{T}{F} = 2,19.$$

A son entrée à l'hôpital d'Ivry, on constate un amaigrissement très accusé, lèvres décolorées, peau flasque. Poids : 38 kg.

La malade ne se plaint que d'un peu de céphalée. Léger mouvement fébrile pendant 3 jours. L'abdomen en est excavé. Epines iliaques saillantes. Légère voussure un peu au-dessus et à gauche de l'ombilic.

Examen local. — La palpation est facile, le ventre, souple, permet de délimiter une tumeur elliptique mesurant dans son diamètre horizontal 10 cent. et 5 cent. dans son diamètre vertical. Son bord inférieur est sur une horizontale passant par l'ombilic ; son bord droit dépasse la ligne médiane de 2 cent. environ. Cette tumeur est légèrement bosselée ; à l'extrémité droite surtout, on peut sentir 2 noyaux gros comme des noisettes. Elle est légèrement mobile, surtout dans le sens transversal. Après distension de l'estomac, la tumeur se porte à droite de la ligne médiane avec un grand axe oblique en bas et à gauche ; l'ombilic correspond au quart inférieur de la tumeur. La sonorité s'étend au-dessous et un peu à gauche de la tumeur.

La palpation n'est pas douloureuse. Pas de ganglions dans les aines et au cou.

Poumons. — Ne tousse pas. Au sommet droit, sonorité diminuée, très léger affaiblissement du murmure vésiculaire, exagération des vibrations vocales à la palpation.

Cœur. — A la base, à gauche du sternum, souffle doux, systolique ou peut-être mésosystolique qui diminue d'intensité dans la position assise. Ni sucre, ni albumine.

Opération le 4 février 1900. — Grosse tumeur stomacale voisine du pylore avec ganglions rétro-pyloriques et dans le mésocolon. Gastrectomie et abouchement du duodénum à la face postérieure de l'estomac.

EXAMEN MACROSCOPIQUE. — La portion enlevée a la forme d'un cône irrégulier avec axe incurvé. On a retranché 10 cent. d'estomac suivant la petite courbure, 18 cent. le long de la grande courbure. Petits ganglions gros comme des pois, un autre ganglion du volume d'une noisette au niveau de la section de la coronaire. De petits ganglions longent la grande courbure, et sous le pylore il existe un gros ganglion.

Incision de la paroi antérieure de l'estomac, intéressant une petite partie de la tumeur. On tombe sur un cratère sensiblement rond de 9 cent. de diamètre. A ce niveau, la paroi de l'estomac est légèrement bosselée et a une consistance ferme; elle mesure 1 cent. à 1 cent. $1/2$ d'épaisseur. La bordure forme un relief de 1 cent. au-dessus du fond; elle est ondulée et bourgeonnante et affleure la valve pylorique. Le néoplasme couvre la circonférence du canal pylorique sauf au niveau de la petite courbure où il existe une bande de 2 cent. environ de large qui paraît saine. La section opératoire a intéressé le duodénum à 2 cent. des parties malades et au niveau de la grande courbure à 6 cent. environ de la tumeur.

L'EXAMEN HISTOLOGIQUE fait dans le laboratoire de M. Hayem montre qu'il s'agit d'un épithélioma cylindrique alvéolaire.

A la sortie de l'hôpital, la malade pèse 36 kgr. (38 kgr. le 4 février).

SUITES ÉLOIGNÉES. — Le 17 mai 1901, 15 mois après l'opération, nous revoyons la malade qui dit s'être bien portée jusqu'à il y a un mois. La malade très pâle avant et peu après l'opération a repris d'excellentes couleurs. Elle mange bien, avec appétit; elle s'alimente surtout de purées, de viande hachée, à cause du mauvais état de sa dentition. Elle peut vaquer aux soins du ménage et se livrer à ses travaux de couture.

Examen chimique, pratiqué à l'hôpital Andral, par Laboulais. La malade étant à jeun depuis la veille, on constate un léger froissement par la succussion digitale. On ne peut extraire que 4 à 5 cc. d'un liquide muqueux fortement teinté par la bile. On fait un lavage avec 200 cc. qui sont extraits en totalité, et qui ne contiennent qu'un peu de mucus et de bile. Après une demi heure de repos on fait prendre le repas d'épreuve d'Ewald (400 cc.). Extraction après une heure de 45 centimètres cubes.

Examen physique. — Bouillie peu homogène de consistance épaisse, constituée surtout par des débris de pain nombreux assez bien divisés. Mucus très abondant, filtration lente, résidu abondant, odeur normale peu accentuée, couleur normale.

Examen qualitatif. — Vert brillant : réaction immédiate = 0.
— — — — — décoloration = 0.

Gunsbourg négatif.

Présence d'acide lactique, traces légères de peptone.

Examen quantitatif (en milligr. ‰) $A = 43$ — $T = 171$ —
 $H = 0$ — $C = 55$ — $H + C = 55$ — $F = 116$.

Volume total au moment de l'extraction = 187 cc.

Observation XIV (personnelle).

B... , 29 ans, imprimeur, entré à l'hôpital Saint-Antoine salle Chomel, n° 16, le 13 juillet 1914.

Pas d'antécédents héréditaires intéressants.

Il a eu la variole en 1887. Pas d'autre maladie. Pas de syphilis.

Le malade n'a pas d'habitudes éthyliques; il boit très peu de vin, ne prend pas d'apéritif et ne présente d'ailleurs aucun signe d'intoxication alcoolique. Il fume modérément.

Il exerce régulièrement depuis un certain nombre d'années le métier d'imprimeur; mais n'a jamais eu de coliques de plomb. Aucun vestige de saturnisme chronique.

HISTOIRE DE LA MALADIE. — Le malade a commencé à souffrir de l'estomac il y a 3 ans. Il avait alors des ballonnements de ventre après le repas. A la fin de la journée il avait des nausées aboutissant à une régurgitation aqueuse. Après les repas l'épigastre était très sensible à la pression.

L'hiver dernier, le malade n'a pas souffert davantage mais il a remarqué du sang dans ses selles; les selles étaient entièrement noires, et à la suite de ce *melæna* deux lipothymies se sont produites en une heure de temps.

Après de gros ennuis, les douleurs se sont *exagérées*. Elles survenaient après le repas de midi et duraient jusqu'au soir; c'était une sensation d'arrachement, parfois de brûlure *très violente à se tordre*, siégeant au niveau de l'épigastre et sans irradiations.

Vers la même époque apparurent les vomissements. Ils survenaient sans heure fixe et sans raison préalable. Très abondants, ils contenaient des aliments, mais le malade n'a jamais remarqué qu'il y eût d'aliments ingérés la veille ou les jours précédents.

Amalgrissement considérable.

Perte de l'appétit et dégoût pour la viande depuis au moins 6 mois.

Le malade aurait parfois un peu de fièvre le soir et des sueurs nocturnes.

Alternatives de diarrhée et de constipation.

Actuellement, le malade ne souffre plus de l'estomac, mais il a presque tous les jours de grands vomissements de stase. Le jour de son entrée il n'en a pas eu, mais il en a un très abondant le lendemain.

EXAMEN. — Poids : 53 kg

Espace de Traube sonore. La sonorité gastrique semble descendre jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

Grandes contractions péristaltiques allant de gauche à droite dans la région épigastrique.

Clapotage digital et gros flot à jeun.

A la palpation, on sent une masse dans le flanc gauche ; la consistance en est très inégale. On ne peut la délimiter exactement.

Les poumons et le cœur paraissent normaux.

Les urines contiennent un peu d'albumine.

L'estomac est vidé et l'on fait un lavage d'estomac en laissant après le lavage un demi-litre de lait.

L'état cachectique du malade contre-indiquant toute intervention, on continue le même traitement. Mort le 24 juillet.

Il est impossible de faire l'autopsie.

Observation XV (MONNIER) — *Cancer de l'estomac chez un tuberculeux syphilitique âgé de 30 ans* (Présentation à la Société médico-chirurgicale des hôpitaux de Nantes).

Le malade est tuberculeux, syphilitique et alcoolique ; la syphilis date de 8 ans, la tuberculose de 3 ans environ. Les signes présentés à l'entrée dans le service sont ceux d'une tuberculose au second degré, les signes généraux étant plus marqués que ne l'indiquaient l'étendue et l'intensité des lésions pulmonaires. Il existait en particulier une décoloration de la peau et des muqueuses, une dépression générale qu'on rencontre rarement aussi accusées chez les

tuberculeux de ce degré. J'avais attribué cette discordance apparente des signes à la coexistence de la tuberculose et de la syphilis.

Il y a un mois environ, le malade attira mon attention sur l'état de ses voies digestives. L'appétit qui jusque-là existait quoique fort modéré, disparut complètement et à cette inappétence presque absolue s'ajouta une intolérance pour tout aliment liquide ou solide. La teinte jaune paille du visage que présentait alors le malade me frappa à un tel point que je songeai timidement, en raison de l'âge, à la possibilité d'un cancer d'estomac. Je ne crus pouvoir affirmer la quasi-certitude de ce diagnostic qu'il y a huit jours environ, après avoir pu mettre en évidence une énorme dilatation d'estomac s'accompagnant du syndrome des sténoses pyloriques quoique sans tumeur appréciable.

Vous pouvez vous rendre compte sur cette pièce de la légitimité du diagnostic. C'est bien un cancer du pylore, l'aspect et la topographie des lésions, l'existence et la nature des ganglions permettent même, avant l'examen microscopique qui n'a pas encore été fait, de l'affirmer et d'écarter l'hypothèse d'une néoplasie tuberculeuse ou syphilitique.

Observation XVI (Publiée dans la thèse de ROUSSEAU). — *Cancer du pylore ; gastro-entérostomie. — Envahissement ultérieur et occlusion du jéjunum au ras de la bouche de gastro-entérostomie.*

M. Ch. . . , âgé de 31 ans, entre le 12 janvier 1911, dans le service de M. Mathieu, pour des troubles digestifs avec amaigrissement.

Il n'a jamais été malade jusqu'à il y a deux ans. A cette époque, il a commencé de présenter quelques troubles gastriques, des crampes douloureuses, à siège rétro-sternal, survenant le jour et la nuit et durant 40 à 45 minutes ; d'autre part, une diminution marquée de l'appétit, il buvait à cette époque, trois à quatre litres de vin par jour et des apéritifs.

Depuis deux mois (milieu de novembre 1910), les troubles gastriques se sont aggravés. Une à deux heures après les repas, le malade est pris d'une *vive douleur* à l'épigastre, sorte de crampe

qui irradie dans l'hypochondre droit et s'accompagne de pyrosis. A la suite, presque toujours il vomit ses aliments. Il a reconnu dans certains vomissements des aliments qu'il avait ingérés la veille.

Il n'a jamais eu d'hématémèse, peut-être du melæna ?

Il a maigri dans ces deux mois de quatorze livres.

L'examen de l'estomac ne révèle ni dilatation, ni clapotage à jeun. On sent dans la région pylorique une induration transversale.

Un *examen radioscopique* donne une image lacunaire de l'estomac, la région pylorique ne se voit pas et la grande courbure est brusquement interrompue.

L'examen du chimisme gastrique fait après lavage, à l'aide du repas d'Ewald extrait au bout d'une heure donne les résultats suivants.

L'examen chimique qualitatif révèle l'absence de HCl libre (réaction de Gunzbourg négative, réaction du vert brillant négative immédiatement, décoloration faible après quelques heures), la présence de traces d'acide lactique, de peptones en petite quantité. La concentration est de 0,075 (au lieu de 0,05).

L'examen chimique quantitatif donne les valeurs suivantes :

A = 210	C = 36
T = 160	F = 124
H = 0	H + C = 36

Le malade reconnu atteint de sténose cancéreuse du pylore est opéré le 28 janvier. Toute la région pylorique présente une infiltration néoplasique en masse. On fait une gastro-entérostomie postérieure avec bouche haut située sur la face postérieure de l'estomac.

Les suites opératoires sont bonnes et tout va bien tant que le malade reste au lait, aux potages et aux œufs. Mais les phénomènes douloureux reparaissent après addition à ce régime de viande hachée. Le malade souffre vers 4 heures de l'après-midi et surtout vers minuit. La douleur qui siège à l'épigastre est assez vive, bien que supportable et se prolonge plusieurs heures. Le malade ne vomit jamais, n'a pas d'état nauséux, mais il sent parfois sa bouche se remplir de salive.

Jusque vers le milieu de mars, le même état se prolonge. Le 20,

apparaissent des vomissements qui se répètent et qui présentent une odeur fécaloïde. Le malade meurt le 22.

A L'AUTOPSIE. — On note une dilatation énorme de l'estomac et du duodénum qui renferment plusieurs litres d'un liquide d'aspect et d'odeur presque fécaloïdes.

On trouve dans la région pylorique un cancer de consistance cartilagineuse, peu végétant, à surface ulcérée qui transforme cette portion de l'estomac en un entonnoir rigide dont les parois ont deux à trois centimètres d'épaisseur, donc grosse infiltration pariétale.

L'intestin est très contracté et vide ; le colon a le volume d'un petit doigt. Le néoplasme a envahi la tunique externe du colon transverse qui reste perméable. Le jéjunum, par contre, est complètement sténosé. Au ras de la boucle chirurgicale qui est respectée et admet facilement le petit doigt, on trouve, en aval, un anneau cancéreux oblitérant la lumière du jéjunum. La sténose est telle qu'on ne peut faire passer une goutte de liquide de l'estomac et du duodénum dans l'intestin grêle. Pas de lésions de la muqueuse. Pas d'autre propagation.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Infiltration atypique, surtout sous péritonéale, d'épithélioma en sa plus grande partie en dégénérescence *colloïde*. Infiltration néoplasique discrète de la muqueuse, envahie par des éléments lymphatiques. Lymphangite et névrite cancéreuse sous-péritonéales et intra-musculaires.

En plein néoplasme, infiltration massive à tendance colloïde. Disparition de la muqueuse. Aux limites du néoplasme très belle zone d'accroissement avec réaction adénomateuse.

II

Ulcéro-cancers.

Observation XVII (inédite). — *Ulcéro cancer de l'estomac avec généralisation étendue aux viscères, aux ganglions et à la peau.*

RÉSUMÉ CLINIQUE. — B. ., homme de 28 ans, ayant présenté un syndrome de cachexie progressive avec vomissements et grosse tumeur sus-ombilicale perceptible. Nodules sous-cutanées, thoraciques abdominaux et cervicaux inférieurs du volume d'une lentille, aplatis, au nombre de 150 environ.

L'observation clinique a été égarée ; et nous n'avons pu reproduire ici que les quelques lignes ci-dessus que nous avons trouvées sur le registre d'autopsies du service.

AUTOPSIE le 26 novembre 1912. — *Abdomen.* — La tumeur primitive est représentée par un *cancer infiltré de l'entonnoir pré-pylorique*. Cette région jusqu'à 12 cent. environ du pylore est nacrée, résistante, rigide, cartilagineuse et cassante ; les limites sont nettes du côté de la valvule et s'arrêtent par un brusque ressaut ; elles s'atténuent et se perdent insensiblement vers l'union du tiers pylorique et du tiers moyen de l'estomac. Epaisseur maxima vers le pylore = 40 à 42 millimètres.

Examiné par sa face interne, l'estomac ne montre pas de végétations. Il est énorme, extrêmement dilaté. Sur la face postérieure de la région juxta pylorique existe un *vaste ulcus* de 5 à 6 cent. de diamètre, cupuliforme, excavé, à fond tomenteux, noirâtre, à bords à pic. Sur sa lèvre antérieure, les parois forment bourrelet épais, rosé. C'est à ce niveau que le néoplasme infiltrant greffé sur l'ulcus, semble avoir pris naissance. Il est beaucoup moins épais vers la petite courbure. Ce néoplasme est du reste étroitement uni aux masses ganglionnaires voisines. Il existe un peu d'ascite (4 litres environ).

Ce qui frappe, à l'ouverture de l'abdomen, c'est l'existence de deux masses principales, formées l'une par la masse cancéreuse pylorique et les ganglions sous pyloriques, l'autre par la masse intestinale et les ganglions mésentériques. En effet, l'intestin grêle est pelotonné, ratatiné, ramené vers la colonne vertébrale par suite de l'infiltration du mésentère. La masse des *ganglions préaortiques* atteint le volume d'une tête d'enfant ; les ganglions sont énormes (volume d'un œuf de poule) accolés mais non fusionnés. Seuls quelques-uns très gros sont ramollis et donnent un suc laiteux à la coupe.

Le *grand épiploon* est infiltré mais non en totalité. Le *petit épiploon* est totalement envahi ; il est ramené, tassé sous le foie auquel il accole étroitement le pylore. Il est du reste renforcé, accru et adhérent aux ganglions de cette région. Ainsi se forme une masse sous-hépatique, du volume du poing, dure et criant sous le couteau, lardacée, qu'il faut inciser pour détacher le foie de l'estomac.

Le *foie* n'est pas envahi. La *vésicule* est fort augmentée de volume et pleine de bile. Le *cholédoque* est perméable.

Les *ganglions péripancréatiques* s'unissent d'une part aux ganglions sous-pyloriques, de l'autre aux ganglions mésentériques et du hile rénal. Chaque *hile rénal* présente une masse ganglionnaire du volume d'une mandarine. Il existe dans chaque *rein* deux ou trois petits noyaux secondaires, superficiels, du volume d'une lentille.

La *capsule surrénale droite* est totalement envahie.

Par suite de l'envahissement des épiploons et de l'infiltration des mésentères, il s'est produit une sorte de torsion des mésos, en sorte que le colon ascendant est devenu en totalité transversal, et ne se limite plus d'avec le colon transverse. Le cœcum et l'appendice sont par là même entièrement remontés et cachés sous le foie.

Il existe de nombreux noyaux secondaires dans les *muscles pariétaux* et dans le *diaphragme*.

Thorax. — Trois ou quatre noyaux sous le *péricarde* de la face antérieure du cœur ; ces noyaux sont inclus dans le tissu cellulaire précardiaque, le long de la ligne auriculo-ventriculaire.

Il existe un *noyau intra cardiaque*, du volume d'un noyau de cerise, à la pointe du cœur.

Endocardite. — Grosses végétations très friables sur la face interne de la valve gauche de la mitrale.

Plèvres. — Adhérences celluluses assez anicennes, symphyse totale de tout le poumon gauche, surtout au niveau du diaphragme. Cinq à six assez gros noyaux (diamètre : 4 cent.) à la face supérieure du diaphragme.

Médiastin. — Dilatation des azygos ; elles ont le volume d'un index d'adulte. Très nombreux ganglions de petite taille dans le médiastin. Rien aux poumons.

Peau. — Les noyaux sont, les uns intra dermiques, ce sont les plus rares de beaucoup ; les autres sous-cutanés ; ils sont plus nombreux. Mais les plus abondants sont sous l'aponévrose superficielle des muscles. Cependant, on a l'impression au palper qu'ils sont tout aussi superficiels que les noyaux réellement dermiques. Ils ont en général 5 à 6 millimètres de diamètre, sont très durs, lardacés et glissent entre les doigts comme un noyau de cerise. Il n'y en a pas d'intrapectoraux.

Siège des ganglions sous-cutanés. — Gros ganglions sus-claviculaires bilatéraux, axillaires et sous-claviculaires bilatéraux. Très gros ganglion unique sus-inguinal droit (il est intra abdominal).

Petits ganglions cruraux à droite, gros ganglions à gauche.

Grosse chaîne ganglionnaire carotidienne droite } Rien à gauche.
Gros ganglions sous-angulo maxillaire droit }

Un noyau chondro osseux au niveau du cartilage de la 3^e côte. Ce noyau avait été soupçonné du vivant du malade (douleur exquise).

Poids des viscères. — Estomac, duodénum et masses ganglionnaires mésentériques (sans l'intestin) 1,750 gr. ; foie : 1,480 gr. ; cœur : 280 gr. ; rein gauche : 170 gr. ; rein droit : 160 gr.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Très bel envahissement généralisé. Beaux noyaux cutanés.

Très remarquables lésions de début néoplasique au niveau du bourrelet de l'ulcus.

Cancer atypique généralisé avec dégénérescence colloïde.

Au niveau des régions jeunes : type alvéolaire.

Au niveau des régions de début : type adénomateux.

Endocardite banale, les végétations n'ont rien de cancéreux.

Observation XVIII (personnelle). — *Ulcus juxta-pylorique*. —
Gastro-entérostomie. — *Camisisation secondaire*.

Eugénie Y..., âgée de 29 ans, entrée dans le service de M. Mathieu, le 1^{er} novembre 1914 après une gastro-entérostomie.

Bien portante jusqu'à il y a 2 ans 1/2. A vrai dire, elle avait une mauvaise dentition, mangeait vite et avait depuis longtemps du ballonnement après le repas.

Il y a 2 ans 1/2, elle ressent des douleurs au creux épigastrique, survenant sans horaire fixe. Ce sont des brûlures avec irradiation dorsale qui augmentent progressivement en *intensité* et en nombre et qui déterminent des vomissements le plus souvent aqueux.

Accalmie de 2 mois 1/2, sans traitement, ni régime. Puis les douleurs reprennent et les vomissements deviennent alimentaires et quotidiens. L'appétit est conservé, sans aucun dégoût électif ; la malade même se remet souvent à manger aussitôt après avoir vomi. Elle n'a pas remarqué que les alcalins ou les aliments calmaient les douleurs.

Elle s'affaiblit de plus en plus et dès le mois de juillet dernier elle est obligée de garder le lit. Elle ne prend alors que du lait et un peu de purée.

Depuis le 6 décembre 1914 elle se tube trois ou quatre fois par jour dès qu'elle commence à souffrir. Elle a ainsi remarqué dans le liquide de tubage des aliments ingérés deux jours auparavant (haricots verts).

En juillet dernier, elle a ses règles pour la dernière fois et pendant les mois de juillet et d'août, elle a cinq hématomèses ; le liquide retiré par le tube était noirâtre sans caillots. Il y a eu quelques filets de sang rouge dans les selles mais pas de coloration noire ou foncée des fèces.

A noter que l'année précédente à peu près à la même époque, la malade s'étant tubée pendant trois mois avait remarqué à deux ou trois reprises pareille coloration noire du liquide retiré.

L'affaiblissement va en augmentant, à partir du mois d'août dernier bien que la malade prenait 2 litres 1/2 de lait par jour.

Souvent elle perd connaissance. Son état s'aggrave et vers la fin de septembre des hématomésés répétées se produisent pendant plusieurs jours. Elle est amenée d'urgence, à la suite de nouvelles hématomésés, vers le 20 octobre 1911 à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de M. Ricard. Elle était alors si cachectique, que l'on hésita à l'opérer.

OPÉRATION le 25 octobre 1911 par M. Labey. — Laparotomie médiane sus-ombilicale. Petit estomac peu mobilisable. Cicatrices blanchâtres, étoilées sur le pylore et la petite courbure. Gastro-entérostomie postérieure.

Le diagnostic opératoire d'après l'examen et la palpation est : sténose pylorique par ulcus juxta pylorique.

Les suites opératoires sont excellentes et la malade est passée dans le service de M. Mathieu, le 4^{er} novembre. Elle accuse une douleur épigastrique légère, à part cela, pas d'autre trouble. Elle n'a pas vomi depuis l'opération ; elle a bon appétit et son état général s'améliore chaque jour. On lui permet le régime suivant : potages, purées, œufs, 1 litre 1/2 de lait.

Examen radioscopique du 15 novembre 1911. — Estomac allongé, hypotonique, dont le fond est en cupule et descend au niveau d'une ligne horizontale passant par les crêtes iliaques. Evacuation lente sans contractions péristaltique. La bouche gastro-jéjunale semble être à la partie inférieure du bord gauche de l'estomac.

Le 19 novembre, la malade qui ne souffre plus du tout, quitte l'hôpital en bon état.

Vers le milieu de février, nous la convoquons pour la réexaminer cliniquement et radioscopiquement, comme il est fait régulièrement pour les gastro-entérostomisés du service. On pensait alors qu'elle avait sans plus un ulcus juxta-pylorique. Elle ne put venir à l'hôpital et son mari nous fit savoir qu'une phlébite la tenait au lit depuis quelques semaines.

Le 16 avril. — Elle est guérie de sa phlébite et vient à l'hôpital Saint-Antoine, nous apportant une note donnée par son médecin ; nous apprîmes ainsi qu'elle avait « fait en février successivement deux infarctus pulmonaires coïncidant avec de l'œdème douloureux

des membres inférieurs et des noyaux phlébitiques. Depuis un mois existait une ascite volumineuse qui fut ponctionnée le 14 avril et donna 10 litres de liquide hémorragique. »

La transformation cancéreuse de l'ulcus avec généralisation péritonéale ne faisait plus de doute. Nous en eûmes confirmation en examinant la malade. Le liquide d'ascite ne s'était que peu reproduit et la palpation de l'abdomen était facile. Nous n'avons pas trouvé de tumeur dans la région épigastrique, mais cette région était douloureuse à la pression. Dans la région sus-pubienne, on trouvait une masse volumineuse irrégulière et dure, s'étendant vers la droite et qui, par le toucher vaginal combiné au palper abdominal, semblait faire corps avec l'utérus.

De plus, la malade avait visiblement maigri et son état général était mauvais. Elle refusa de rester dans le service et nous ne l'avons pas revue depuis.

Observation XIX (inédite). — *Ulcéro-cancer juxta-pylorique (début de transformation néoplasique du bord de l'ulcus). — Pylorectomie.*

Marie Q..., 30 ans, entrée dans le service de M. Mathieu, le 23 octobre 1907.

Pas d'antécédents héréditaires. Pas d'antécédents personnels.

Depuis trois mois, à la suite de gros ennuis, la malade éprouve des brûlures très légères survenant deux ou trois heures après chaque repas, en même temps qu'une sensation de poids au creux de l'estomac. Cet état n'est pas très douloureux. La malade affirme qu'à ce moment elle perçoit sur son ventre des boules qui se déplacent de gauche à droite avec bruit. Puis survient un vomissement très abondant de plus d'un litre, de couleur chocolat, dans lequel la malade dit avoir reconnu des aliments ingérés la veille (haricots, épinards). Après ce vomissement, la sensation de gêne se calme, les boules disparaissent.

Selles difficiles. Pas de *melæna* appréciable.

Amalgissement de 10 livres en trois mois. Anorexie (mais pas d'anorexie élective) depuis un mois.

EXAMEN A L'ENTRÉE. — 23 octobre (à la consultation). — La malade étant à jeun, l'estomac clapote largement jusque dans la région de l'ombilic.

Tension épigastrique très marquée. Mouvements péristaltiques. On sent une induration très nette de la longueur de 4 à cent. à gauche de l'ombilic.

Foie de 9 à 10 cent. de hauteur.

On vide l'estomac et on retire trois litres de liquide noir. Après lavage à l'eau perchlorée, on laisse dans l'estomac un demi-litre d'eau avec du chlorure de calcium.

A l'examen de la malade *dans le service*, le lendemain matin on retrouve les mêmes symptômes mais l'induration qui, la veille était à gauche de l'ombilic est maintenant à droite. Le 29 octobre, l'induration est revenue à gauche de l'ombilic. On a la sensation d'un caillou gros, mobile et inégal se prolongeant vers la droite par une sorte de corde transversale. Aucun phénomène colique. Cœur et poumons normaux. Ni sucre, ni albumine dans les urines. On prescrit un demi-litre de lait, un quart de litre d'eau et 2 gr. de chlorure de calcium.

Le 31 octobre. — La malade est soulagée ; elle ne vomit plus. On trouve un léger bruit de flot. La masse indurée est mobile, inégale, bosselée, indolore. On donne deux litres de lait et on continue le chlorure de calcium que l'on supprime le 2 novembre. On élargit alors le régime et l'on donne un litre 1/2 de lait, un potage et deux œufs.

Examen radioscopique. — Estomac très dilaté descendant jusqu'au pubis (3 novembre).

Le 6 novembre, alors que les jours précédents on trouvait un clapotage léger ne dépassant guère l'ombilic, il existe un gros bruit de flot et le clapotage descend au-dessous de l'ombilic.

Passage en chirurgie et OPÉRATION par M. Lejars, le 9 novembre 1907. L'estomac n'est pas de dimensions sensiblement supérieures à la moyenne. On aperçoit sur la petite courbure et partant du pylore une plaque légèrement bosselée, blanchâtre de 5 cent. de long sur 3 cent. de large, donnant au palper l'impression d'un néoplasme. Pas de ganglions hypertrophiés. Résection large du

pylore, dépassant les limites apparentes de la tumeur. Gastro-entérostomie postérieure.

EXAMEN MACROSCOPIQUE DE LA PIÈCE. — Le long de la petite courbure dans sa portion juxta-pylorique existe une ulcération de 4 cent. de long sur 2 cent. de large environ, à fond rouge, à bords nets, indurés. Le pylore paraît sain.

La malade quitte l'hôpital en bon état.

En septembre 1908, 40 mois après la pylorectomie, elle revient dans le service avec des signes nets de cancer. Après un court séjour, elle quitte le service mourante.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — *Néoplasme jeune débutant sur une cicatrice d'ulcus* (François Moutier). — Les coupes portent sur le bord de l'ulcus, la transformation néoplasique n'atteint que les glandes à l'un des bouts de la préparation. A ce niveau, la lumière des culs-de-sac est effacée, les cellules se tassent, tout en se disposant encore en cerceaux et en boyaux glandulaires. Ces cellules sont plus grosses que les cellules normales, à noyau plus large, à chromatine plus diffuse. La transformation cancéreuse débute par le collet des glandes. Grande dilatation des capillaires au niveau du foyer cancéreux. Dans les tissus quelques éosinophiles et plasmazellen, quelques polynucléaires en pycnose. Au bord de l'ulcus, tissu de sclérose se teintant fortement par l'éosine ; très peu de vaisseaux.

Néoplasme très limité. Gros envahissement de la sous-muqueuse (envahissement lymphatique). A la surface du néoplasme, légère ulcération. Nombreux amas lymphatiques folliculaires vrais çà et là. Eosinophilie intense.

Observation XX (inédite). — LABOULAIS. — *Ulcéro-cancer sténosant du pylore. — Gastro-entérostomie. — Mort le soir de l'opération.*

G. . . , 30 ans, se présente à la consultation du service de M. Mathieu, le 5 mars 1912. Il souffre de l'estomac depuis 10 ans. Crises de douleurs tardives, brûlures intenses avec vive sensibilité épigastrique, calmées par l'alimentation. Pas de vomissements pendant 8 ans.

Il y a 2 ans, le malade a commencé à vomir environ une fois par mois. Mais depuis 15 jours il vomit chaque jour. Ces vomissements sont abondants, évalués par le malade à 3 litres environ. Ils auraient une odeur sulfhydrique et seraient de couleur chocolat.

On constate des ondes péristaltiques et un gros bruit de flot.

Le malade est passé d'urgence en chirurgie et opéré le jour même.

OPÉRATION. — Laparotomie médiane sus-ombilicale. Grosse tumeur d'aspect néoplasique englobant le pylore et envahissant en nappe la petite courbure où existe tout un semis de granulations blanchâtres. Cette tumeur très dure et irrégulière est adhérente aux plans profonds et complètement immobilisable. Des adhérences fixent au foie la région pylorique. Envahissement du méso-colon transverse, ce qui rend impossible la gastro-entérostomie trans-mésocolique et oblige à faire une gastro-entérostomie précolique.

Mort le soir de l'opération.

AUTOPSIE le 26 mars. — *Symphyse pleurale totale*. — Il existe des adhérences celluleuses assez jeunes. Poumons congestionnés en masse. Pas de granulations tuberculeuses. Caverne cicatrisée (calcaire et cicatrice en étoile au-dessus) au sommet gauche.

Ulcus sténosant du pylore. — D'un diamètre de 4 à 6 cent. présentant l'aspect classique plus ou moins froncé en lobe d'oreille. Le talus surplombe le fond de 2 à 4 millim seulement. Pas de végétations cancéreuses visibles. Un centimètre carré du fond est un peu tomenteux.

Lymphangite cancéreuse sous-péritonéale le long de la petite courbure. Infiltration cancéreuse du *pancréas* et des *ganglions adjacents*.

EXAMEN HISTOLOGIQUE — Il s'agit d'un type ulcéro-cancéreux très particulier se rapprochant beaucoup de celui de l'observation précédente. Le néoplasme forme une petite butte accolée à la palissade de la muqueuse. Une infiltration très discrète de cellules cancéreuses atypiques existe au-dessus de la muqueuse normale (sauf un peu de gastrite) et au-dessous de la petite pastille néoplasique.

Envahissement typique des ganglions, envahissement lymphatique discret du *pancréas* ; glandes à acini hyperplasiées.

Observation XXI (inédite). — *Ulcéro-cancer sténosant du pylore.*
— *Pylorectomy.*

Ch. . . , Ernest, 30 ans, gardien de la paix, entré dans le service de M. Mathieu, le 7 novembre 1907, n'a jamais été malade jusqu'en 1895. Pas de syphilis, pas d'alcoolisme apparent. En 1895, il commence à se plaindre de l'estomac : quelques crampes avant le repas ; légère sensation de brûlure après ; vomissements alimentaires de temps à autres. Pituïte matutinale. Appétit capricieux.

Cet état dure 15 jours, puis brusquement le malade est pris de douleurs tardives deux ou trois heures après les repas. Ce sont des douleurs très intenses, en broche, l'obligeant à se tordre, à crier et qui dans l'après-midi durent de une à deux heures. Après le repas du soir elles se prolongent quelquefois jusqu'à deux heures du matin.

En même temps, vomissements qui au début se produisent jusqu'à dix fois par jour. Ils sont alimentaires d'abord, puis muqueux. Le premier vomissement survient après le repas et calme la douleur.

On le met alors à un régime avec lait, purées, viandes blanches lab-ferment. Bicarbonate de soude après les repas.

Amélioration pendant 8 jours, les douleurs diminuent, les vomissements s'espacent. Puis les mêmes troubles s'observent mais moins accentués.

En 1900, sur les conseils de M. Parmentier (qui doit penser à une dyspepsie nerveuse), il fait un voyage en Algérie pendant plusieurs mois. Il revient sans amélioration sensible.

Jusqu'en 1902, série de crises et de périodes d'accalmie de durée très variable. A partir de 1902, les douleurs tardives persistent journellement ; mais les vomissements cessent d'être quotidiens, et ils ne se produisent plus que tous les deux ou trois jours ; ils sont très abondants (une cuvette), alimentaires et muqueux. A plusieurs reprises ils contiennent des aliments ingérés 2 jours auparavant. Pendant tout ce temps il continue son régime sans bénéfice appréciable et n'interrompt pas son service.

Le 14 octobre 1907, il se sent malaise, rentre chez lui et est pris brusquement d'un vomissement noir mêlé à des aliments (valeur un verre). Dix minutes après, nouvelle hématomèse : un verre à bordeaux de sang rouge. Une demi-heure après, troisième hématomèse : trois grands verres d'un sang rouge vif. Le malade est très anémié : un médecin appelé le fait transporter d'urgence à Ivry.

Traitement : Glace intus et extra. Diète absolue pendant cinq jours, puis diète hydrique. Au bout de 15 jours, lait et bismuth. On le met ensuite au lait, potages et œufs et il quitte Ivry pour venir à Saint-Antoine.

Les douleurs tardives n'ont pas cessé ; l'appétit est conservé et il n'y a pas de dégoût électif. Amaigrissement de 15 livres depuis le début de la maladie. Constipation.

EXAMEN. — Facies pâles, langue sèche, soif vive.

Abdomen. — Ventre ni ballonné, ni retractoré. Corde colique descendante douloureuse.

Estomac : Face antérieure douloureuse à la pression avec maximum de douleur dans le triangle épigastrique supérieur droit où il existe un peu de défense musculaire. L'estomac dilaté descend jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic.

L'espace de Traube est très sonore.

Le malade étant à jeun, il existe un clapotage très marqué et un gros bruit de flot.

Foie : 3 cent. de matité sur la ligne mamelonnaire, ne déborde pas les fausses côtes.

Urines : Polyurie. Urines claires, pâles. Ni sucre, ni albumine.

Traitement : Pansements au bismuth. Régime lacté ; les douleurs sont calmées dès le premier jour.

Du 8 au 19 novembre, on continue le bismuth pendant 4 jours, puis on met le malade au lait avec du citrate de soude en cas de douleurs. Pendant ces 11 jours, plus de douleurs, mais chaque matin à jeun on constate un vaste bruit de flot.

Examen radioscopique, 12 novembre 1907, à jeun après absorption de lait de bismuth et décubitus latéral droit. Estomac descendant à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Une tache de bismuth existe à 2 travers de doigt à droite de l'ombilic.

Un nouvel examen montre la même tache le 14 novembre.

Le malade est dirigé sur l'hôpital d'Ivry où il est opéré en décembre 1907 par M. Guibé. Ulcus cicatrisé juxta-pylorique. Pylor-rectomie (Billroth II).

L'EXAMEN HISTOLOGIQUE montra qu'il y avait un début de transformation néoplasique.

Ce malade a été revu le 21 janvier 1908. Il se plaignait de pesantier gastrique et d'un point douloureux dorsal correspondant à la région épigastrique, le tout survenant 2 ou 3 heures après le repas. Lassitude. Régime depuis l'opération : 1 litre 1/2 de lait en nature et sous forme de potages, viandes blanches, bœuf haché. Boit un verre de vin coupé d'eau de Vichy au repas de midi.

Examen radioscopique. — Estomac très petit dont la limite inférieure est à 4 travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Au bout de 5 minutes on voit le bismuth de la masse gastrique s'échapper en une petite masse vers la droite et de là vers l'intestin.

Revu en 1911, il a engraisé de 10 à 12 kg. depuis l'opération, il mange et boit de tout et est plutôt constipé. Pas de douleur spontanée, pas de sensibilité épigastrique. Ni tumeur, ni clapotage.

Observation XXII (Albert MATHIEU).

Le nommé W..., âgé de trente ans, est un sous-officier en retraite. Il a joui d'une excellente santé jusqu'en 1886, époque à laquelle il fit campagne au Tonkin, où il contracta la fièvre typhoïde et trois mois après la fièvre intermittente, qui fut traitée par doses assez élevées de sulfate de quinine. En 1888, accès pernicieux de fièvre intermittente caractérisé par une perte de connaissance et des vomissements.

Depuis cette époque, W. . a toujours souffert de l'estomac ; il avait des douleurs de reins et des vomissements. De 1892 à 1894, les vomissements n'ont pour ainsi dire pas manqué de se produire chaque jour. Ils survenaient régulièrement trois ou quatre heures après le repas, précédés par des douleurs intenses des régurgitations acides.

En décembre 1894, il eut à plusieurs reprises, des vomissements noirs couleur chocolat, mais pas de méléna.

Son poids qui était de 80 kilogrammes en 1886, était tombé à 61 kg. en 1889 et 1892 ; il est remonté à 69 kg. 500 en 1894.

En 1892, il séjourna pendant cinq mois dans le service de M. Du Cazal, au Val-de-Grâce ; on y aurait constaté l'existence d'une induration à la région épigastrique.

En 1894, J. Darier avait l'occasion d'étudier le malade à Saint-Louis, dans le service de M. Besnier, où il était entré à cause des lésions très étendues, très marquées de dystrophie papillaire et pigmentaire, autrement dit d'acanthosis nigricans dont il était porteur. On constatait à ce moment une dilatation assez marquée de l'estomac, mais pas de tumeur épigastrique. Il existait déjà une adénopathie sus-claviculaire gauche très développée.

« Tandis que les ganglions ne sont perceptibles dans aucune autre région, on trouve au-dessus de la clavicule gauche et près du sténo-mastoïdien, un groupe de quatre ganglions du volume d'une petite noisette ou d'une amande, mobiles, indolents, assez durs, ce paquet forme une saillie légère, mais appréciable à la vue. »

En février 1895, W. . . , amélioré, quitte le service de M. Besnier ; en juillet, les douleurs d'estomac étant redevenues très vives, et les vomissements ayant reparu, il fait un nouveau séjour au Val-de-Grâce dans le service de M. Robert, puis dans celui de M. Vaillard. Il est sensiblement amélioré par un régime alimentaire à base de képhir, il gagne 2 kg.

Nouvelle rechute en décembre, les vomissements et les douleurs réapparaissent : l'amaigrissement et la faiblesse augmentent, il ne peut plus rester levé que quelques heures dans la journée. Il apprend à se faire des lavages de l'estomac, qui le soulagent beaucoup et empêchent les vomissements de se produire.

En mars 1896, il entre dans mon service à l'hôpital Andral. A ce moment on est frappé par les lésions très accentuées d'acanthosis nigricans que je n'ai pas à décrire ici. L'estomac présente un degré marqué de dilatation ; il descend à 20 ou 25 centimètres au-dessous de l'ombilic. Comme il arrive dans les sténoses pyloriques

accentuées, la dilatation est surtout marquée au-dessous et à droite de l'ombilic ; dans les périodes de grande réplétion, l'estomac arrive presque au contact de l'épine iliaque antérieure et supérieure. On le voit alors se dessiner à travers les parois abdominales et sous l'influence de la percussion, on voit des ondes péristaltiques progresser de la grosse tubérosité vers la région pylorique.

L'estomac n'est jamais vide le matin à jeun. On y trouve un liquide jaunâtre, renfermant une petite quantité de détritux alimentaires. Ce liquide est très acide et donne d'une façon marquée une réaction positive avec le vert brillant.

Si on ne vide pas l'estomac le matin avec la sonde, il survient des vomissements abondants presque chaque jour ; ils sont précédés par des douleurs extrêmement intenses.

Il n'y a pas de tumeur appréciable dans la région pylorique. Il existe une adénopathie marquée à la région sus-claviculaire gauche ; il y a là trois ou quatre ganglions variant du volume d'une petite noisette à celui d'une noix qui font sous la peau une saillie appréciable à la vue.

Une analyse faite le 14 mars, après lavage préalable et repas d'épreuve du malade donne les résultats suivants :

$$\begin{array}{ll} A = 1,21 & C = 1,46 \\ T = 3,94 & H + C = 1,54 \\ H = 0,08 & F = 2,40 \end{array}$$

Le volume du liquide contenu dans l'estomac, calculé par le procédé Mathieu-Rémond, est de 530 centimètres cubes. Ce volume considérable indique peut-être qu'il est resté une certaine quantité soit du liquide de stase, soit du liquide de lavage.

La réaction du biuret est marquée, ainsi que la réaction d'Uffelmann ; la réaction au vert brillant est positive, mais peu accentuée.

Après une amélioration de courte durée et pendant laquelle, grâce au lait, au képhir et à la poudre de viande, il se produit une augmentation de poids de 2 kilogrammes, les douleurs reprennent une intensité excessive, l'amaigrissement recommence, la cachexie tend à s'accroître.

La gastro-entérostomie est proposée et acceptée. La laparotomie permet de constater l'existence d'une tumeur cancéreuse. On

cherche à produire l'anastomose gastro-jéjunale, en passant une anse de fil de la cavité de l'intestin dans celle de l'estomac, et en la serrant assez fortement pour obtenir l'accolement linéaire de la partie de la paroi stomacale et de la paroi intestinale, comprise dans l'anse du fil. Malheureusement, la section de ces parois et par conséquent l'anastomose gastro-intestinale ne se firent pas. Après une période d'amélioration d'une quinzaine de jours, les accidents se reproduisirent de nouveau, des vomissements noirs se montrèrent à plusieurs reprises et le malade finit par succomber à la fin de novembre 1896.

L'AUTOPSIE a été faite devant nous par M. Darier. On remarque une plaque indurée de 7 cent. sur 10 cent. qui entoure le pylore. Cet orifice est rétréci de telle façon qu'il n'admet l'auriculaire qu'avec une très grande difficulté. La plaque est lisse, plane, comme cicatricielle ; elle est limitée par un bourrelet saillant. Il est probable que ce bourrelet entoure l'ulcère simple antérieur. L'aire de l'ancien ulcère paraît comblée par des bourgeonnements cancéreux qui avoisinent et rétrécissent l'orifice pylorique. Il n'y a pas actuellement d'ulcération. La transformation cancéreuse a été presque complète, la totalité de l'ancien ulcère a été envahie, infiltrée, déformée par la néoplasie épithéliomateuse, mais on retrouve encore un aspect d'ensemble qui indique comment les lésions se sont succédé : les bords infiltrés de l'ulcère sont encore nettement indiqués ; l'infiltration cancéreuse leur a donné la forme d'un bourrelet épais et saillant.

EXAMEN HISTOLOGIQUE. — Aspect carcinomateux. Sur une coupe prise sur le bourrelet qui limite l'ancien ulcus, les tubes glandulaires sont allongés et la muqueuse épaissie ; ces tubes sont incurvés en S très allongé ; leur partie superficielle est couchée presque parallèlement à la surface. La cavité des glandes est dilatée. Dans le tiers supérieur, les espaces interglandulaires sont également un peu élargis et remplis d'une ou deux rangées de cellules embryonnaires. Plus bas, dans les deux tiers inférieurs, la limite entre les glandes tend à s'effacer ; les cellules glandulaires sont transparentes, pâles, assez indistinctes ; on n'y reconnaît pas de cellules bordantes.

Profondément couché, parallèlement à la *muscularis mucosæ*, séparée de la partie profonde de la muqueuse par une travée conjonctive pourvue d'assez nombreux noyaux embryonnaires et de quelques fibres musculaires, se voit un espace rempli de grosses cellules de formes très variables. Elles ont de gros noyaux granuleux et correspondent tout à fait aux cellules caractéristiques de l'épithélioma métatypique ou carcinome. Elles sont tout à fait semblables du reste à celles que l'on trouve sur la coupe des ganglions cancéreux du mésentère où l'on voit les sinus lymphatiques gorgés de cellules cancéreuses.

III. — Formes avec généralisation lymphatique

Observation XXIII (résumée) (MOUTIER et MARRE).

L . . Angèle, 31 ans, ménagère, entrée à l'hôpital Saint-Antoine le 22 décembre 1908, pour des troubles dyspeptiques anciens, et un état de faiblesse très marqué.

Le début des accidents remonte à deux ans : au début des repas, au moment de la déglutition des premières bouchées, douleurs rétro-sternale assez vive qui s'émousse progressivement pendant le repas.

Gêne épigastrique pendant une heure après le repas. Cet état persiste pendant 48 mois.

Depuis 5 ou 6 mois, accentuations des troubles, et notamment des douleurs épigastriques après le repas qui sont plus violentes. A plusieurs reprises, la malade a eu des crises douloureuses très aiguës débutant au milieu de la nuit et persistant un temps variable. La douleur siègeait au creux épigastrique et elle était assez intense pour nécessiter des injections de morphine.

Souvent, vomissements muqueux à la suite du repas. Pas de vomissements de stase. Pas d'hématémèse, pas de *melæna*. Appétit conservé, sans dégoût électif, mais mauvais état général : perte de 13 kg. en 6 mois.

EXAMEN du 22 décembre 1908. — Malade cachectique. Tumeur

sus-ombilicale, indolore, arrivant au contact du foie. Pas de liquide à jeun.

Hypertrophie des ganglions cervicaux et sus-claviculaire : nombreux ganglions durs, légèrement douloureux sans périadénite. Il y en a plus à gauche qu'à droite. Hypertrophie des ganglions axillaires et inguinaux à gauche. Diagnostic évident : néoplasme gastrique sans indication opératoire, puisqu'il n'y a pas de sténose.

EVOLUTION ULTÉRIEURE. — Rien de particulier pendant la première semaine du séjour à l'hôpital ; puis *très rapidement* les ganglions cervicaux, sus-claviculaires et axillaires changent de caractère. Ils s'hypertrophient davantage et deviennent plus douloureux au toucher. Un véritable réseau lymphangitique cutané se développe à leur niveau. Cette lymphangite tronculaire s'étend d'abord vers la partie inférieure du cou aussi bien à droite qu'à gauche, le long de la chaîne jugulaire. Puis elle s'arrête de ce côté et progresse au contraire, de façon très rapide, des ganglions axillaires vers le sein gauche, le long du bord inférieur du grand pectoral. En 8 jours, toute la peau des régions sous-claviculaire et mammaire gauches est envahie par la lymphangite ; elle est en outre parsemée de nombreux nodules qui lui donnent un aspect boursoufflé et sont autant de métastases cutanées.

Très rapidement, cette infiltration cancéreuse semble gagner en profondeur et la glande mammaire elle-même ne tarde pas à être atteinte *secondairement*. On constate, en effet, dès le 29 décembre, dans le sein gauche, la présence d'une masse du volume d'une mandarine. C'est une tumeur dure, aplatie, irrégulière et à contours mal définis qui fait nettement corps avec la glande et qui semble présenter un prolongement vers la région axillaire. Elle adhère intimement à la peau mais elle est mobile sur les plans profonds. Il s'agit, à n'en pas douter, d'un cancer secondaire du sein dont l'envahissement extraordinairement rapide a pu être suivi cliniquement étape par étape.

Extension consécutive de la lymphangite et de l'œdème à la région thoracique antérieure et même au bras gauche jusqu'au coude.

Entre temps, l'alimentation devient complètement impossible.

Dysphagie absolue et l'on doit pour soutenir la malade recourir aux injections de sérum et aux lavements alimentaires. Pleurésie gauche puis hydro-pneumothorax dans les derniers jours (la cause du pneumothorax ne put être trouvée à l'autopsie) et mort le 14 janvier 1909, au milieu de la cachexie et de la dyspnée progressive sans nouvelles manifestations apparentes du processus cancéreux.

AUTOPSIE. — *L'estomac* ne présente aucune adhérence anormale et se laisse facilement enlever. Il est cancérisé en totalité ; macroscopiquement, on n'aperçoit de noyaux dans aucun autre viscère, seuls les ganglions se montrent évidemment néoplasiques dans toute l'étendue de l'abdomen et du thorax.

L'estomac forme un véritable géode cancéreux. Rigide et résistant, il ne s'affaisse pas sur la table d'autopsie. Un semis de granulations néoplasiques recouvre extérieurement toute la surface à l'exception de la grosse tubérosité. A la coupe, les parois ont 8 à 12 millim. d'épaisseur et l'épaisseur maxima correspond à la petite courbure. La muqueuse tout entière a perdu son aspect normal. Villeuse en certains points, elle est sur sa plus grande étendue recouverte de nodules serrés ou mieux transformée en une série de nodules, de vésicules plus ou moins jaunâtres ou verdâtres, d'aspect colloïde. La cavité de l'estomac est très réduite ; le pylore et le cardia admettent à peine le bout d'un crayon. En un mot, infiltration massive de l'estomac avec stérose presque complète des orifices. Intégrité de l'œsophage et du duodénum.

Gros envahissement des ganglions de la petite courbure. Tous les ganglions de l'abdomen sont envahis à l'exception de ceux du hile du foie et du rein. Le mésentère est farci de ganglions (il pèse 410 gr.). Il existe un véritable bloc de néoplasme sur l'emplacement de la citerne de Pecquet et du canal thoracique à son origine. Le pancréas est littéralement engangué dans les ganglions malades. A la coupe des gros ganglions coule un suc laiteux.

Macroscopiquement, *l'intestin*, le *pancréas*, le *foie*, la *rate*, les deux *reins*, les *capsules surrénales* paraissent indemnes.

Thorax : Envahissement et ramollissement laiteux de la totalité des ganglions juxta-œsophagiens, péricardiaques, trachéo-bronchiques

d'une part, axillaires sus et sous claviculaires. Droits et gauches d'autre part. Le sein gauche largement infiltré, repose sur un muscle pectoral parcouru de stries lardacées et rempli de nodules blancs gros comme des noyaux de cerise.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — *Estomac* : Epithélioma typique et atypique avec *dégénérescence colloïde* étendue. Disposition très particulière des anneaux de cellules typiques qui sont centrés par un axe conjonctivo-vasculaire. Les lymphatiques qui traversent la *muscleuse* contiennent des cellules cancéreuses. Grosse infiltration atypique avec *dégénérescence colloïde* de la *celluleuse sous-péritonéale*.

Foie : Pas d'envahissement du parenchyme. En revanche, les lymphatiques de *tous les espaces portes* sans exception, sont infiltrés, mais discrètement et sans *dégénérescence colloïde*.

Aucune lésion des parenchymes du *rein*, des *capsules surrénales*, du *pancréas*. On note seulement au niveau du pancréas l'envahissement discret de quelques gros troncs lymphatiques cheminant dans les espaces interlobulaires.

Sein gauche : Sclérose diffuse. Le parenchyme restant est littéralement remplacé par du cancer typique. Les canaux galactophores sont rigoureusement respectés ; il n'en est pas de même des lymphatiques qui les accompagnent et d'une façon générale du réseau lymphatique de la glande. Cet envahissement des lymphatiques est très marqué, on y voit des éléments extrêmement polymorphes (cellules cancéreuses de toute taille non altérées ; amas de cellules dont les périphériques sont intactes, les centrales nécrosées, éléments vasculaires à *dégénérescence colloïde*).

Muscle pectoral gauche : Envahissement surtout lymphatique, mais d'une façon moins exclusive qu'au sein. Pas de *dégénérescence colloïde*.

Peau : Les îlots épithéliomateux sont dans les couches les plus profondes du derme qui est envahi d'une façon diffuse mais discrète en général. Au voisinage des gros troncs lymphatiques se forment des nodules cancéreux importants développés en plein tissu conjonctif hypodermique.

Canal thoracique et vaisseaux lymphatiques : A la face interne

des lymphatiques s'implante en palissade un tissu cancéreux, cylindrique ou cubique, tassé sur plusieurs rangs. Cellules polymorphes et gigantesques.

Ganglions : envahissement massif avec dégénérescence colloïde au centre. Les cordons folliculaires sont à peu près complètement respectés.

IV

Formes anémiques.

§ 1^{er}. — FORME ANÉMIQUE PURE

Observation XXIV (CLAVELIN)

F... (H.-V.), âgé de 21 ans, soldat au 3^e régiment de dragons, entre à l'hôpital de Nantes le 23 février 1890. Constitution moyenne, tempérament lymphatique ; cicatrice d'abcès froid à la partie supérieure de la région carotidienne gauche. Son père et sa mère sont vivants et bien portants ; lui-même a toujours joui d'une assez bonne santé. Soldat depuis 17 mois, il n'a jamais été traité à l'infirmerie, ni à l'hôpital et a fait son service régulièrement jusqu'aux environs du 10 janvier 1890, époque à laquelle il fut atteint de grippe épidémique compliquée d'otite moyenne suppurée. Aussitôt rétabli il fut envoyé en congé de convalescence de 15 jours. A sa rentrée au corps le médecin-major le trouva pâle et débilité, le mit à l'infirmerie et lui fit donner chaque jour du vin, du quinquina et du fer. Mais au bout de 8 jours, voyant que son état s'aggravait au lieu de s'améliorer, il l'envoya à l'hôpital où il entra le 13 février.

Le malade est apporté dans notre salle sur un brancard, il n'a déjà plus la force de marcher ; il est pris de vertiges et menacé de syncopes dès qu'on le fait asseoir sur son lit pour l'examiner.

La pâleur de la peau et la décoloration des lèvres et des conjonctives nous frappe tout d'abord. Le malade n'accuse aucune douleur et dit ne ressentir qu'une faiblesse extrême qui s'accroît de jour en

jour. Il est apathique, indifférent à tout ce qui l'entoure, ne demande qu'à être laissé en repos, et ne répond que par monosyllabes aux interrogations du médecin. Le pouls est assez fréquent, mais les battements du cœur sont réguliers, la température axillaire est de 37°5 le matin et de 37°9 le soir. L'auscultation du cœur révèle un souffle qui a son maximum à la base et au premier temps ; le stéthoscope appliqué sur les vaisseaux du cou fait entendre un bruit de souffle systolique. Pas de dyspnée, pas de toux ; l'auscultation des poumons ne présente rien de particulier à signaler. Du côté des voies digestives on note la perte absolue de l'appétit, le dégoût pour tous les aliments solides, une dilatation considérable de l'estomac et un ballonnement très marqué de tout le ventre. Il n'y a jamais eu de vomissements. La percussion et la palpation difficiles en raison du météorisme ne nous font rien découvrir d'anormal. Le malade va à la selle chaque jour, mais il y a de la tendance à la constipation.

Le foie et la rate ont un volume normal, les ganglions des aisselles, des aines et des parties latérales du cou ne sont pas hypertrophiés ; il en est probablement de même des ganglions bronchiques, puisque nous n'observons pas de troubles de la respiration.

La pupille gauche est beaucoup plus dilatée que la droite, il n'y a cependant pas de troubles de la vue.

Nous pensons en présence de ces symptômes, à une anémie pernicieuse progressive, dont la cause déterminante a été une attaque d'influenza et nous instituons le régime suivant : lait, bouillon, jus de viande, vin de Banyuls, extrait de quinquina, pilules de Vallet, alcoolés de gentiane et de colombo.

Ce régime est suivi pendant 4 jours, le malade, à qui nous voulons faire prendre de la viande crue, s'y refuse et à toujours, du reste, un profond dégoût pour tous les aliments quels qu'ils soient. La température reste à 37°5 le matin et 37°8 le soir.

Le 2 mars, c'est-à-dire 5 jours après son entrée à l'hôpital, nous lui conseillons, en raison de la température peu élevée le matin, 37 degrés, d'essayer de manger et nous lui prescrivons comme aliments pour son repas de midi, un bouillon, une noix de côtelette

et de la confiture. Dès les 3 heures du soir, il est pris de vomissements qui se renouvellent trois ou quatre fois dans la soirée et tous les aliments absorbés sont rendus. La température axillaire monte à 38 degrés. Nous croyons à une indigestion et le 3 mars nous remettons le malade au régime alimentaire suivant : lait, bouillon, 4 huîtres à chaque repas ; même médication. Les vomissements ne se renouvellent pas et le malade prend des huîtres avec assez de plaisir.

4 mars. — Nous constatons que l'état général est de plus en plus mauvais ; la faiblesse est extrême, la teinte de la peau est de plus en plus jaune, la visage se bouffit, mais il n'y a pas d'œdème des membres inférieurs, ni d'hydropisie des séreuses. L'insomnie est absolue depuis quelques jours et le malade se plaint de bourdonnements et de battements dans les oreilles. Nous lui prescrivons pour sa nuit une potion avec 25 gr. de sirop de chloral et 25 gr. de sirop de morphine.

5 mars. — Le malade est dans le même état ; il a pris les mêmes aliments et les mêmes médicaments ; il n'a pas dormi. Sa langue est pâle, comme ses muqueuses ; les conjonctives restent parfaitement blanches.

Le 6, la faiblesse est de plus en plus grande et la peau de la face a un aspect verdâtre.

Le 7, même état, le malade absorbe encore du bouillon et quelques huîtres, mais par moments il a du délire par anémie cérébrale.

Le 8, il refuse tout aliment et meurt à 7 heures du soir.

AUTOPSIE. — Faite trente-six heures après la mort.

Cavité thoracique. — Les poumons sont très pâles, exsangues, mais ne présentent à la coupe aucune altération pathologique. On trouve dans chaque cavité pleurale environ un demi-verre de sérosité couleur gelée de groseilles claire, dont l'épanchement s'est fait évidemment après la mort. Le péricarde renferme également un demi-verre de sérosité. Le cœur est très pâle, ses fibres musculaires sont cependant assez fermes et ne paraissent pas avoir subi de dégénérescence granulo-graisseuse. Toutes les valvules sont saines et les cavités ne renferment que de petits caillots cruoriques

sans caractères. On trouve quinze à vingt ganglions hypertrophiés et dégénérés dans le médiastin et dans le poumon au niveau du hile, ils varient de la grosseur d'un œuf de pigeon à celle d'un haricot ; ils sont mous, élastiques et donnent à la coupe un sang noirâtre.

Cavité abdominale. — *L'estomac* est considérablement distendu ; il renferme des gaz et environ un litre d'un liquide glaireux et noirâtre, il est le siège d'une tumeur non ulcérée et bien circonscrite, qui forme un entonnoir au-dessus du pylore, entonnoir dont les parois mesurent en hauteur 4 cent. pour la partie correspondant à la petite courbure, 6 cent. pour la grande courbure et 3 à 6 millimètres en épaisseur. Il existe entre la partie malade de l'estomac et la partie saine, une ligne de démarcation bien nette, formée par un relief très marquée du bord supérieur de la tumeur. Celle-ci, incisée, fait voir un tissu lardacé, blanchâtre, qui laisse sourdre des cellules cancéreuses par la pression ou le raclage. Le pylore est rétréci, mais permet encore le passage d'un crayon ; la lésion cancéreuse est parfaitement limitée par l'anneau pylorique. La dilatation considérable de la cavité stomacale est vraisemblablement produite par ce rétrécissement et surtout par des adhérences périgastriques avec toutes les parties touchant à la tumeur. Les glandes lymphatiques avoisinant l'estomac sont envahies et englobées dans un magma formé par ces adhérences ; les *ganglions* de la partie supérieure du grand épiploon sont hypertrophiés et atteints de dégénérescence carcinomateuse ; le *pancréas* est également envahi, il présente des parties cancéreuses et d'autres paraissant saines ; il est bosselé et englobé par une masse de *ganglions cancéreux* qui forment des adhérences solides avec la partie malade de l'estomac. Tous les *ganglions mésentériques* sont infiltrés par le néoplasme ; ils sont volumineux, accolés les uns aux autres et forment une énorme masse comprenant tout le mésentère et emprisonnant l'aorte et la veine cave inférieure, les artères et les veines mésentériques et fortement adhérente à la partie antérieure des vertèbres lombaires. En un mot, on pourrait dire qu'il existe une masse cancéreuse volumineuse et englobant à la fois la portion pylorique de l'estomac, le pancréas et le mésentère. Les portions

d'intestin, côlon transverse et duodénum, accolées à la masse, ont des parois qui paraissent saines et non infiltrées par le néoplasme.

Le foie, à l'œil nu, paraît sain ; il ne présente rien de particulier à la coupe et son poids est de 1,590 gr.

La rate mesure 12 cent. et pèse 128 gr, elle paraît saine.

Les reins ne présentent pas d'altérations pathologiques, ils sont pâles, se décortiquent facilement et pèsent, le droit, 125 gr. et le gauche 120 gr.

Les autres organes n'ont rien présenté de particulier à signaler et l'ouverture de la boîte crânienne n'a pas été faite.

L'EXAMEN HISTOLOGIQUE de la tumeur et des ganglions mésentériques et médiastinaux fait au laboratoire de l'École de médecine, sous la direction de M. Málherbe, professeur d'anatomie pathologique, a démontré qu'il s'agissait d'un *carcinome muqueux ou colloïde*. Au milieu d'un stroma fibreux on voyait des alvéoles à forme arrondie et renfermant un liquide muqueux et de grandes cellules arrondies et granuleuses.

§ 2. — FORMES ANÉMIQUES AVEC MÉTASTASES OSSEUSES.

Observation XXV (NICLOT, in thèse REGNAULT) — *Cancer du pylore avec généralisation vertébrale et sacrée, probablement aussi sternale (sciatique symptomatique. — Symphyse pleuro-médiastine ancienne).*

B... Clovis, âgé de 24 ans, soldat au 17^e régiment de cuirassiers, incorporé le 16 mars 1901 ; ne s'est jamais fait porter malade jusqu'au 10 février 1903. Il était garde manège ; le médecin-major le rencontrant un jour, fut frappé de sa déchéance physique et lui dit de venir à la visite. C'était le 10 février, il fut soigné pour engelures ulcérées des mains et névralgie sciatique ; entra le 27 février à l'infirmerie, se plaignant de douleurs sourdes dans le membre inférieur droit ; un point douloureux à la pression aurait été constaté vers les dernières vertèbres.

Au moment du transport à l'hôpital, le malade était très faible et souffrait beaucoup ; il entre le 4 mars 1903 à Desgenettes.

Son histoire est brève et facile à résumer, sciatique symptomatique mais sans déformation du rachis, sans abcès, sans autres troubles de la sensibilité, du mouvement, des réflexes cutanés, tendineux ou des réservoirs.

Fièvre irrégulière à petites oscillations à 38° avec rémissions. Pneumonie bâtarde du côté droit pendant son séjour à l'hôpital.

Rien au niveau du foie, de la rate, du rein et des urines, des ganglions, sauf une adénopathie inguinale (pas de sus-claviculaire), rien de pulmonaire, de cardiaque, aucun trouble circulatoire.

Symptômes digestifs très peu marqués, le malade a peut-être vomi une fois depuis son entrée à l'hôpital.

Mauvais état général et décoloration réelle des muqueuses. Il y avait cependant pour ainsi dire inconséquence entre cette anémie progressive et l'état local, rien ne l'expliquait.

Pas trace d'ankylostomiase ; conservation de nombreuses fibres musculaires striées dans les selles.

Cette anémie était extrême, oscillant au-dessous de 1 million ; les globules blancs paraissaient un peu augmentés, plusieurs milliers au millimètre cube avec polynucléose certaine.

Sur frottis à sec, par le procédé de la carte de visite, il y avait de la poikilocytose, des globules géants et beaucoup de globules nains en tous cas des hématies nucléées.

La coagulation était normale ; quant à la vérification de la résistance globulaire et à la mensuration de l'hémoglobine, il n'y fut pas procédé. Cependant, à la simple vue, la décoloration était considérable, vraiment surprenante.

Malgré les quelques données discordantes affirmées à cet égard par l'hématologie, même un peu sommairement étudiée, l'anémie pernicieuse fut admise, surtout par exclusion.

Le sujet, réformé le 3 avril 1903, mourut le 28, à 5 heures du matin des suites d'une hématomèse abondante.

AUTOPSIE (résumé). — Sommet droit de la fourchette sternale se brise avec facilité anormale.

Un peu d'hypertrophie du cœur (340 gr.) portant sur le ventricule gauche.

Adhérences lâches pleurales, bilatérales.

Poumons emphysémateux anthracosiques.

Ganglions de hile anthracosiques.

Rate volumineuse, friable, 460 grammes.

Reins normaux, capsules surrénales friables.

Rien à l'œsophage ni au cardia.

Estomac légèrement dilaté. Au niveau de la région pylorique, néoplasme, a surface légèrement bosselée, non hémorragique, mou au toucher. Il s'arrête au niveau du pylore, s'étend sur la petite courbure et empiète un peu sur la grande sans rétrécir considérablement l'orifice pylorique qui admet encore le ponce.

Environ 500 gr. de liquide noirâtre dans la cavité stomacale

Rein aux autres viscères.

Quelques ganglions mésentériques néoplasiques.

Léger degré de scoliose.

Les corps vertébraux des trois dernières lombaires, l'aileron du sacrum et la partie interne de la fosse iliaque interne sont très friables, hémorragiques par endroits, blanchâtres en d'autres. On constate à peu de distance de la grande échancrure sciatique une tumeur osseuse, dure en certains points, s'écrasant facilement et hémorragique en d'autres. Cette tumeur soulève le sciatique.

Hypertrophie de tous les ganglions voisins.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — *Rein* : les tubuli semblent avoir un peu souffert. Sclérose légère.

Foie : nodules inflammatoires dans certains espaces portes.

Ganglion de la petite courbure généralement atteint par l'infiltration épithéliomateuse.

Estomac : Epithélioma cylindrique.

Une préparation de sang sec et coloré bien conservé a permis d'établir la formule leucocytaire :

Polynucléaires.....	39
Grands mononucléaires.....	10
Lymphocytes... ..	47
Formes intermédiaires.....	3
Eosinophiles.....	1

Observation XXVI (OTTO FRESE) (Résumée).

A. K. . . , 26 ans. N'a jamais été malade avant l'affection actuelle.

Depuis un mois, il souffre de son estomac et se plaint d'une sensation de pesanteur après les repas, quelques éructations, pas de vomissements.

Depuis deux semaines, il ressent de violentes douleurs dans les jambes et les reins. Amaigrissement considérable.

EXAMEN le 16 avril 1898. — Amaigrissement, pâleur. Rien à l'abdomen, pas de tumeur épigastrique. Le foie et la rate paraissent normaux. Traces d'albumine dans les urines avec dans le sédiment, quelques globules rouges et des cellules d'épithélium rénal.

Les os du bassin et de la jambe et la troisième côte gauche sont douloureux spontanément et à la pression, mais les mouvements des articulations sont libres, sauf ceux des hanches qui sont douloureux. Le malade marche avec la plus grande difficulté, ses pieds quittent à peine le sol.

Examen du sang :

Hémoglobine	45 %
Globules rouges	2.400.000
Globules blancs	8.740
G = 0,93.	

Pendant son séjour à l'hôpital, le malade eut de la température qui monta jusqu'à 39 et 40 le soir.

Le pouls battait entre 120 et 150.

L'albuminurie cesse après quinze jours. Les douleurs s'étendent aux côtes et aux os de l'épaule.

Bientôt après, on sent une tumeur au niveau du pylore, mais il n'existe pas de syndrome pylorique. Après repas d'épreuve, il n'y a ni HCl, ni acide lactique dans le contenu stomacal.

La pâleur augmente rapidement, ainsi que la perte des forces ; le malade a en outre des hémorragies rétinienne et gingivales répétées. Dans les derniers jours, surdité bilatérale.

Examen du sang, deux jours avant la mort (trois semaines après le premier examen) :

Hémoglobine.....	13 %.
Globules rouges.....	800.000
Globules blancs.....	20.000
G. : 0,84.	

Polynucléose avec nombreux normoblastes, alors que le premier examen ne dénotait ni modification de l'équilibre leucocytaire, ni présence de globules blancs ou rouges anormaux.

Mort cinq semaines après son entrée à l'hôpital, neuf semaines après le début de la maladie.

AUTOPSIE (Résumée). — Anémie considérable de tous les organes. Nombreuses petites hémorragies pleurales et péricardiques ; à la face interne de la dure-mère extravasations sanguines superficielles. Le muscle cardiaque est manifestement moucheté. La région pylorique de l'estomac ectasiée est envahie par un carcinome dur ; le pylore est à peine pénétrable au petit doigt. La tumeur appartient à la sous-muqueuse laissant la muqueuse intacte, sauf en divers points gros comme des petits pois où elle est ulcérée. Les ganglions épigastriques, rétropéritonéaux, mésentériques et médiastinaux étaient envahis. Extension, même marquée, du néoplasme aux voies lymphatiques pulmonaires. Tous les os examinés (côtes, vertèbres, os du bassin, rocher) étaient remplis de noyaux secondaires. La rate n'est pas hypertrophiée.

EXAMEN MICROSCOPIQUE. — Carcinome épithélial cylindrique. On peut suivre jusque dans les plus petits vaisseaux de la plèvre, les poumons et le foie, l'injection cancéreuse des lymphatiques, visible déjà macroscopiquement. La néoplasie osseuse paraît encore plus étendue qu'à l'examen simple des pièces. Partout où la moelle osseuse n'est pas atteinte par le cancer, elle a subi la transformation rouge.

Observation XXVII (OTTO FRESE) (Résumée).

W. T..., 28 ans, femme de chambre.

Depuis neuf mois, elle souffre de douleurs stomacales avec irradiations dans le dos ; elle a vomi fréquemment, mais n'a jamais eu d'hématémèse.

Depuis huit semaines, elle éprouve des douleurs dans le haut des cuisses et de la faiblesse des membres inférieurs. Elle a pâli et maigri.

Examinée à son entrée, il y a quatre semaines, on trouve une tumeur épigastrique ; l'estomac est dilaté. Après repas d'épreuve : HCl abondant, pas d'acide lactique. On pose le diagnostic d'ulcus, elle est opérée et on trouve un néoplasme pylorique gros comme une petite noix avec de nombreux ganglions envahis.

On la passe en médecine. Les douleurs stomacales ont cessé, mais la pâleur et la faiblesse générale persistent et s'aggravent ; elle est très amaigrie et présente un peu d'anasarque. Les douleurs dans les cuisses n'ont pas diminué ; de nouvelles douleurs se localisent au niveau du sternum. Au cœur, souffle systolique.

Le suc gastrique ne contient plus d'HCl.

Examen du sang :

Hémoglobine.....	20 %.
Globules rouges... ..	900.000.
Globules blancs.....	9.220.
G : 1,11.	
Polynucléaires.....	64,5.
Mononucléaires.....	11.
Lymphocytes	15.
Eosinophiles.....	1.
Myélocytes	8.
Mastzellen.....	0,5.

Les globules rouges sont modifiés, anisocytose, poikilocytose, il y a des mégalo blastes.

La malade a un peu de température, son anémie progresse encore, elle meurt 12 jours après son entrée dans le service de médecine.

La veille de la mort, nouvel examen de sang :

Hémoglobine.....	42 %.
Globules rouges.....	681.000
Globules blancs.....	10.150
G.....	0.88

L'examen du sang donne à peu près les mêmes résultats que précédemment.

AUTOPSIE (résumée). — Carcinome pylorique avec dilatation de l'estomac. Métastases dans les ganglions rétropéritonéaux et gastriques.

Infiltration cancéreuse des vaisseaux lymphatiques sous pleuraux.

Métastases dans le foie, dans les os (sternum, vertèbres, côtes, os iliaque droit), avec néoformation osseuse évidente.

Sur le sternum, on voit une grosse masse molle, le manubrium paraît sclérosé et sous le périoste se voient des points rougeâtres.

Les vertèbres lombaires et en particulier la troisième sont envahies par des masses néoplasiques et des foyers inflammatoires en partie opaques et fermes, en partie hémorrhagiques et mous ; une des vertèbres est transformée partiellement en caverne.

Une section des côtes montre que la néoplasie consiste à leur niveau en tissu osseux néoformé.

Le fémur droit est le siège de nombreuses métastases au milieu desquelles se trouve de la moelle rouge.

La rate est augmentée de volume, ses dimensions sont 16 cent., 9,5 cent., 4,5 cent. Elle est de consistance solide. La pulpe est rouge foncé, avec des follicules se détachant nettement, la surface de section est humide. Malgré son hypertrophie, elle ne dépassait pas le bord inférieur des fausses côtes.

Tous les organes sont extrêmement anémiés.

CONCLUSIONS

I. Le cancer de l'estomac est relativement fréquent au-dessous de 30 ans. Il correspond à environ 2 % des cas de cancers de l'estomac en général.

C'est, après le cancer du rectum, le plus fréquent des cancers digestifs chez les jeunes sujets.

II. Comme chez l'adulte, il siège surtout au pylore. Il reconnaît deux caractères anatomiques généraux, la tendance à la dégénérescence colloïde et l'importance des généralisations.

III. Cliniquement, il se rapproche beaucoup par sa symptomatologie du cancer de l'adulte. Il s'en distingue surtout par l'intensité, la précocité et le caractère paroxystique des douleurs. L'intensité des douleurs qu'explique l'envahissement du pancréas et des groupes ganglionnaires adjacents, enserrant les filets du plexus solaire, a pour conséquence la restriction alimentaire et les vomissements provoqués.

L'évolution est très rapide dans certains cas, mais plus souvent elle est lente.

IV. Trois formes cliniques nous ont paru fréquentes :
1° L'ulcéro-cancer ;

2° Une forme avec généralisation lymphatique, dont nous connaissons deux variétés : une forme superficielle, une forme pulmonaire ;

3° La forme anémique, soit forme anémique pure, soit forme avec réaction myéloïde et métastases osseuses.

La forme anémique est à évolution rapide.

V. Le diagnostic est en général facile. Il se pose surtout avec l'ulcus, la dyspepsie nerveuse et le sarcome.

Chaque forme comporte un diagnostic spécial.

L'examen radiologique sera un des meilleurs moyens de reconnaître le cancer dans les cas douteux.

Vu :

Le Président de la Thèse,
GILBERT.

Vu :

Le Doyen,
LANDOUZY.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Alessandri. *Mitteilungen aus den Grenzgeb. der Med. u. Chir.*, XII, 1903.

Andral. *Clinique médicale.*

Anning (G.-P.). A case of malignant disease of the pylorus occurring in a young man aged 19 years. *Lancet*, 1912, II, p. 1386.

Ashby et Wright. *The diseases of children* (seconde édition, p. 99).

Audistère. *De la dégénérescence cancéreuse de l'ulcère de l'estomac.* Thèse de Paris, 1903.

Audibert. Cancer de l'estomac chez une femme de 25 ans. *Lyon médical*, 1876.

Bamberger. *Handbuch der speciellen Patholog. und Therap.* von VIRCHOW, t. VII, p. 305.

Bard. Note sur un cas de cancer précoce de l'estomac. *Lyon médical*, 1884.

— Formes cliniques du cancer de l'estomac. *Semaine médicale*, 1904

— Lymphangite pulmonaire cancéreuse généralisée. *Semaine médicale*, mars 1906.

Barclay Ness et J.-N. Teacher. A case of carcinoma of the stomach in a boy aged fourteen years and nine months. *Brit. journal of children's diseases*, 5 déc. 1908, p. 516-522.

Bensaude. Etude clinique sur les métastases du cancer de l'estomac, importance diagnostique des métastases rectales. *Bulletins et mémoires de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1910

Bernoulli. *Magendarmkrebs in den beiden ersten Lebensdizemien.* Basel, Berlin, 1907.

— *Arch. f. Verdauungskrankheiten*, 1907, XIII, 2.

Bettelheim. *Wiener med. Presse*, XVIII, 1877.

Blanc. *Forme anémique du cancer de l'estomac.* Thèse de Paris, 1901.

Borst. *Lehre von den Geschwülsten.*

Bouveret. *Traité des maladies de l'estomac.*

— Sténoses pyloriques. *Lyon médical*, 1901.

— Crampes du pylore. *Lyon médical*, 23 juin 1901.

Boas. *Diag. u. Ther. der Magenkrankheiten.*

Brinton. *Traité des maladies de l'estomac* (Traduction Riant).

Budd. *Traité des maladies de l'estomac*, p. 168. Cas chez une femme de 26 ans. Londres, 1865.

Buiciu. Cancer juvenil al stomacului. *Spitalul.* Bucuresci, 1898, XVIII, p. 517-522.

Canney (J.-R.-C.). Carcinoma of the stomach in a youth of nineteen. *Brit. med. journal*, 1911, I, 248.

Canstatt Statistique in OSLER et MC GROE.

Catrin. *Société médicale des hôpitaux de Paris*, mai 1895.

Chlumsky. Weitere Erfahrungen über die Gastro-enterostomie. *Beiträge zur klinischen Chirurgie*, Bd. XXVII. Tübingen, 1900.

Chardel. *Monographie des dégénérescences squirreuses de l'estomac.* Paris, 1868.

Clavelin. *Archives de médecine et de pharmacie militaires.* Paris, 1890, II, p. 300.

Cunéo. *De l'envahissement du système lymphatique dans le cancer de l'estomac et de ses conséquences chirurgicales.* Thèse de Paris, 1900.

Cullingworth. *British medical journal*, 1877, II, p. 253.

Czerny. *Beiträge zur klinisch. Chirurgie.*

Damaschino. *Maladies des voies digestives.*

Debove et Remond. *Traité des maladies de l'estomac*

Defontaine. *Gazette des hôpitaux*, 1893.

Defossez. Thèse de Paris, 1901.

Dreyer. *Über das Magensarkom.* Dissert. Göttingen, 1894.

- Dock.** *American journal of medical sciences*, 1897.
- Dujardin-Beaumetz.** *Traité des maladies de l'estomac*.
- Duplant.** *De la prétendue transformation de l'ulcère rond en cancer*. Thèse de Lyon, 1898.
- Duzea.** *Gazette des hôpitaux*, mai 1887.
- Eichorst.** *Traité des maladies de l'estomac*, Paris, 1889.
- Essard.** *Contribution à l'étude clinique du cancer de l'estomac chez le jeune*. Thèse de Lyon, 1907.
- Fenwick.** *Lancet*, II, 1900.
- Gander.** Thèse de Berne, 1904.
- Glaser.** *Prædisposition des Alters für Krebs*. Inaug. Diss. Erlangen.
- Glynn.** Malignant disease of the pylorus in a youth. *Lancet*, II, 1896.
- Guinard.** Thèse de Paris, 1898.
- Guttich.** *Ein Fall von Magenleberkrebs im Kindesalter*. Thèse de Halle, janv. 1909.
- Hahn.** Statistique in OSLER et MC CROE.
- Hartmann.** In thèse DEFOSSEZ, p. 62.
- Hayem.** L'ulcéro-cancer prépylorique. *Presse médicale*, 1901.
— *Académie de médecine*. Paris, 1898.
- Hayem et Lyon.** In *Traité GILBERT et THOINOT*.
- Hammerschlag.** *Arch. f. Verd.-Kr.*, 1896.
- Hirtz et Laisné.** Epithélioma généralisé à toutes les parois de l'estomac chez une femme de 49 ans. *Médecine moderne*, juillet 1896.
- Hofman.** *Ein Fall von Carcinoma ventriculi in jugendlichem Alter*. Wurzburg, 1893.
- Hutinel.** *Maladies des enfants*, t. III, p. 308.
- Huch.** *Ueber Magenkrebs im jugendlichen Alter*. Thèse de Heidelberg, 1904.
- Hutchinson.** *Philadelph. medical times*, I, 1874.
- Jackson.** Cité par WELSH. Extracts from the *Proceedings of the Boston Society for medical improvement*, vol. V. Appendix, p. 109.
- Kaulich.** *Prager med. Wochenschrift*, 1864, n° 34.

- Køhler (G.-F.).** Report of a case of carcinoma of the stomach in a young woman simulating nervous vomiting. *Norwest medical Seattle*, 1910, II, 305.
- Kohler.** Statistique in OSLER et MC CRÆ.
- Koster.** *Centralblatt für Chirurgie*, 1888, p. 372.
- Kindrat.** *Wiener klin. Wochenschrift*, 1893, n° 12.
- La Mouche.** Forme rare de néoplasme gastrique à marche rapide chez une jeune fille de 27 ans. *Gaz. des hôp.*, 1905, p. 1576.
- Landouzy.** *Société anatomique*, 1875
- Lebert.** *Maladies cancéreuses*.
- Leriche.** Thèse de Lyon, 1906.
- Macorelles.** *Anémie et cancer de l'estomac*. Thèse de Paris, 1910.
- Mc Cræ.** *New York medical journal*, 1902.
- Marc Mathieu.** *Le cancer précoce de l'estomac*. Thèse de Lyon, 1884.
- Mathieu (Albert).** *Traité des maladies de l'estomac*.
— *Pathologie gastro-intestinale*, II. Ulcus et cancer.
— Sur un cas de cancer de l'estomac à évolution lente chez un jeune homme. *Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1895.
— Étude sur trois cas de cancer succédant à l'ulcère simple de l'estomac. *Société médicale des hôpitaux de Paris*, 30 juill. 1897.
- Mathieu (Albert) et Jean-Charles Roux.** *Pathologie gastro-intestinale*, I.
- Mathieu (Albert), Sencert, Tuffler, etc.** *Traité médico-chirurgical des maladies de l'œsophage et de l'estomac*.
- Metzger.** *Les métastases ovariques dans les cancers digestifs*. Thèse de Paris, 1911.
- Ménétrier.** Le cancer, in *Traité GILBERT-THOINOT*.
- Mlodziejewski (V.-K.).** Carcinome de l'estomac, du péritoine et de la plèvre chez un malade de 23 ans. *Med. Obozr.* Moscou, 1901.
- Monnier (U.).** Cancer de l'estomac chez un tuberculeux syphilitique âgé de 30 ans. *Gaz. méd. de Nantes*, 9 mai 1908.
- Moutier et Marre.** Envahissement du sein au cours de la généralisation lymphatique d'un cancer d'estomac. *Archives de méd. expériment. et d'anat. pathol.*, mai 1910.

- Mussat.** Cancer de l'estomac chez un soldat de 23 ans. *Soc. méd. de Reims*, 15 fév. 1902.
- Niclot.** In thèse REGNAULT.
- Œttinger.** De la dégénérescence cancéreuse de l'ulcère simple de l'estomac. *Société médicale des hôpitaux*, juil. 1903.
- Osler et Mc. Crœ.** Cancer of the stomach in the young. *New-York med. journal*, 1900, p. 581.
- *Cancer of the stomach, a clinical study*. Londres, 1900.
- Ott.** Statistique in OSLER et MC CRÖE.
- Otto-Frese.** *Deut. Arch. für klin. Med.*, 1900, p. 387.
- Parmentier et Chabrol.** Forme anémique du cancer de l'estomac. *Paris médical*, 1911, I, p. 479.
- Pietro.** Studio clinico sull'adenoma dello stomac. *Archiv. italiano de clinica medica*, 1889.
- Pierre.** *Arch. de méd. et de pharm. milit.*, août 1905.
- Poncet.** In thèse LERICHE, observation 48.
- Regnault.** *Anémie pernicieuse et cancer de l'estomac*. Thèse de Lyon, 1905.
- Résibois.** *De quelques formes anormales du cancer de l'estomac*. Thèse de Paris, 1898.
- Reichert.** Statistique in OSLER et MC CRÖE.
- Roque et Bancel.** Cancer de l'estomac avec propagation à l'œsophage, aux ganglions cœliaques et à la capsule surrénale droite chez une femme de 24 ans. *Société médicale des hôpitaux de Lyon*, 1903, II, p. 55.
- Rousseau (Emile).** *Formes et cas rares de cancer de l'estomac*. Thèse de Paris, 1911.
- Roux (J.-Ch.) et Savignac.** Le pouvoir antitryptique du sérum sanguin dans les cancers de l'appareil digestif. *Archives des maladies de l'appareil digestif et de la nutrition*, déc. 1910 et août 1912.
- Sanerot.** *Le cancer de l'estomac à évolution lente (l'ulcus rodens gastrique)*. Thèse de Lyon, 1906.
- Schmincke (A.).** *Magencarcinom in Gefolge einer chronischen Magengeschwür bei einem Sechzehnjährigen*. Diss. Würzburg, 1901.

Senge. Sekundäre Carcinosis der Placenta bei primärem Magenkarzinom. *Beitr. z. path. Anat. u. z. allg. Path.* Léna, 1912, III, p. 532.

Soupault. *Traité des maladies de l'estomac.*

Steinhauss. Statistique de la mortalité par cancer à l'hôpital de Bruxelles, d'après les protocoles d'autopsies de 1888 à 1907. *Société des sciences médic. et natur. de Bruxelles*, 7 déc. 1908.

Steiner et Neureutter. Statistique in thèse MARC MATHIEU.

Steudel. Aus der Heidelberg chirurgischen Klinik des Prof. Czerny in *Bruns klinische Chirurgie*, 1899.

Stévenin. *Le pouvoir antitryptique du sérum sanguin.* Thèse de Paris, 1911.

Strathy (G.-S.). Carcinoma of the stomach in a patient aged 28 years. *Dominion m. month*, 1907.

Thibault. Formes anormales du cancer de l'estomac. *Gaz. des hôpitaux*, 1912, p. 405.

Valleix. *Guide du médecin praticien.*

Viannay. *Gazette des hôpitaux*, 1899.

Wilde. *Ueber das Vorkommen des Krebses bei jugendlichen Individuen.* Inaug. dissert. Kiel, 1892.

Williatte. Cancer volumineux du foie secondaire à un cancer du cardia chez un homme de 27 ans. *Journal des sciences médicales de Lille*, 1911, II, 469-472.

Zurmeyer (Everhard-Johann). *Ein Fall von Magencarcinom bei einer Jugendlichen.* Inaug. diss. Würzburg, 1911.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION ET HISTORIQUE.....	7
CHAPITRE I. — Etiologie générale	11
CHAPITRE II. — Anatomie pathologique	15
CHAPITRE III. — Symptomatologie générale	22
Mode de début.....	23
Période d'état.....	25
Evolution, durée.....	42
Forme commune.....	45
CHAPITRE IV. — Formes cliniques	
I. Ulcéro-cancer.....	48
II. Forme avec généralisation lymphatique.....	53
III. Formes anémiques.....	56
CHAPITRE V. — Diagnostic	59
OBSERVATIONS.....	69
CONCLUSIONS.....	139
BIBLIOGRAPHIE.....	141
